

ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นายสัมพันธ์ มณีรัตน์

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

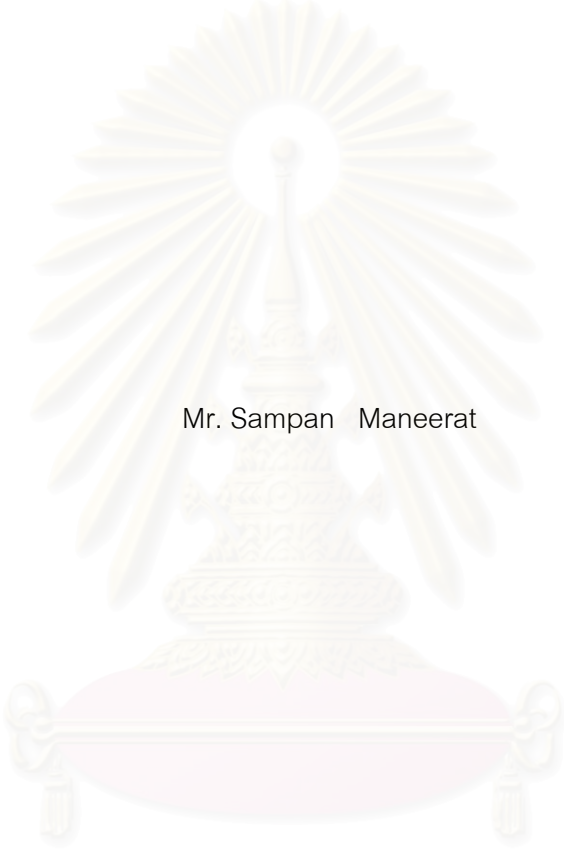
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-5579-1

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF USING EMPOWERMENT AND THERAPEUTIC RELATIONSHIP PROGRAM
ON QUALITY OF LIFE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY



Mr. Sampan Maneerat

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Department of Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974 -17- 5579 -1

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อ
การบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
โดย นาย สัมพันธ์ มณีรัตน์
สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุขโข)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สัมพันธ์ มณีรัตน์ : ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพ
 เพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF USING
 EMPOWERMENT AND THERAPEUTIC RELATIONSHIP PROGRAM ON QUALITY
 OF LIFE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษา : รศ.ดร.
 อรพรรณ ลีอนุวัตรวิชัย, 134 หน้า. ISBN 974 -17- 5579 -1

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
 ก่อนกับหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และเปรียบเทียบคุณ
 ภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการ
 บำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คนซึ่งจัดแบ่ง
 เป็น 2 กลุ่มในจำนวนที่เท่ากันคือ กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยการคัดเลือกกลุ่ม
 ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
 สอนสราญรมย์ ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ส่วน
 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือโปรแกรมการเสริมสร้าง
 พลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ซึ่งได้ตรวจสอบความ
 ตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ค่าความเที่ยงของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ .90
 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

- 1.คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05
- 2.คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 ปีการศึกษา 2546

ลายมือชื่อนิสิต.....
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4577611836 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD : EMPOWERMENT / THERAPEUTIC RELATIONSHIP / QUALITY OF LIFE
/SCHIZOPHRENIC PATIENTS

SAMPAN MANEERAT.: THE EFFECT OF USING EMPOWERMENT AND
THERAPEUTIC RELATIONSHIP PROGRAM ON QUALITY OF LIFE OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY.

THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAWATCHAI ,PH.D . ,
134 pp ISBN 974-17-5579-1.

The purposes of this study were to compare quality of life of schizophrenic patients before and after received empowerment and therapeutic relationship program, and to compare quality of life in schizophrenic patients who received the empowerment and therapeutic relationship program , and those who received regular caring activities. Forty patients were randomly assigned to control and experimental group. The experimental group received the empowerment and therapeutic relationship program, whereas the control group received regular nursing care activities. Research instruments were empowerment and therapeutic relationship program and quality of life scale which were developed by the researcher. These instruments were tested for content validity by a panel of 7 experts. The reliability of scale was .90. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows :

1. Quality of life of schizophrenic patients who received empowerment and therapeutic relationship program after the experiment was significantly higher than before experiment, at the .05 level.

2. After the experiment, quality of life of schizophrenic patients who received empowerment and therapeutic relationship program was significantly higher than those of patients who participated in regular caring activities, at the .05 level.

Field of study Mental Health and Psychiatric Nursing Student's signature.....

Academic year 2003

Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถของ รองศาสตราจารย์ ดร. อรรถพรณ ลีอนุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งได้ให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำงานวิจัย เป็นทั้งแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น เกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จในเวลาที่กำหนด ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา ผู้วิจัยกราบขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตา ให้คำชี้แนะในการทำงานวิจัย และเป็นกำลังใจเสมอมา และ รองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุโข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ ร้อยเอกหญิงสรินทร เขียวโสธร ที่กรุณาให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำมาพัฒนาใช้กับงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณคุณهندس บรรเทิงสุข ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย ขอขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม ที่ให้คำปรึกษาในการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบคุณ นายแพทย์กอบโชค จวงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ คุณจันทนา ศรีวิศาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกทุกท่าน รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้หมด ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและดำเนินการทดลองจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณสนธยา มณีรัตน์ ผู้ช่วยวิจัย ที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนการศึกษาโดยตลอด คอยเป็นกำลังใจ กำลังใจ รวมทั้งกำลังทรัพย์ตลอดการศึกษาจนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	62
ขั้นตอนการทดลอง.....	76
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	100
รายการอ้างอิง.....	109
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ.....	119
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	121
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	124
ภาคผนวก ง ตัวอย่างการคิดคะแนนแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต.....	132
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	134

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	92
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาเจ็บป่วยจำนวนครั้งใน การเข้ารับการรักษา.....	93
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง.....	94
4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินพลังอำนาจ ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองรายข้อ.....	95
5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมิน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกลุ่มทดลองรายข้อ.....	96
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายด้านระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง.....	97
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตจำแนกเป็นราย ด้านระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังการทดลอง.....	98

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1	กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	60
2	สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	86



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกตัวและเขาวนปัญญาปกติ(WHO,1992) มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและรุนแรงโดยอาการจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน และความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (เกษม ตันติผลลาชีวะ,2537) พบมากที่สุดคนในบรรดาผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 23.34 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด(กรมสุขภาพจิต,2545) จากสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ในปีพ.ศ.2545 พบว่าในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการจำนวน 52,421 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 15,223 ราย คิดเป็น ร้อยละ 29.04 (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์,2545) มีลักษณะการป่วยซ้ำถึงร้อยละ 50-70 ถือเป็นกลุ่มอาการทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรังมากที่สุด ทั้งเป็นโรคที่ยากแก่การเข้าใจและการรักษา จนถูกกล่าวว่าเป็นมะเร็งทางจิตเวช (ศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต,2544)ซึ่งนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ได้ยึดนโยบายของการจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ชุมชนให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Deinstitutionalization) โดยถือว่าการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลนานๆ จะทำให้เกิดผลเสียกับการดำรงชีวิตเดิมของผู้ป่วย (ยาใจ สิทธิมงคล ,2542) และเมื่อผู้ป่วยจิตเวชออกสู่สังคมภายนอก สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยคือ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยเคยเป็นโรคจิตมาก่อนจะเกิดความรู้สึกหวาดกลัว ไม่ยอมรับผู้ป่วย แสดงอาการรังเกียจและไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเวชจะทำประโยชน์ได้ นอกจากนี้ ในด้านการประกอบอาชีพผู้ป่วยต้องประสบปัญหาในการหางานทำ อาจมีคนจ้างงานหรือให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน(พันธุรักษา กิตติรัตนไพบูลย์, 2540) และจากการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ(2541) พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังออกจากโรงพยาบาลนั้นจะพบว่าในระยะแรก ผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตัวเองและเรียกร้องความสนใจจากคนในครอบครัวในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยกับบุคคลอื่น

จากปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท มีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดของ Lehman, A.F. (1982) ซึ่งมีองค์ประกอบ 8 ด้าน คือ 1) กิจวัตรประจำวัน 2) การทำหน้าที่ 3) ด้านการเงิน 4) การทำงาน 5) การเรียน 6) สัมพันธภาพเชิงสังคม 7) สัมพันธภาพทางครอบครัว 8) ด้านสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไปและกลุ่มบุคคลเรื้อรังทางกาย (Mercier et al, 1998; Bobes & Gonzalez, 1997; Lehman et al, 1986) สอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลโกเฮนเบอร์ก ประเทศสวีเดน ซึ่งใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตแบบรายงานด้วยตนเอง (Skanze, 1990) พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกร้อยละ 84 ประเมินว่า ไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิตในชุมชน (Skanze, 1990 Bobes & Gonzalez, 1997)

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกล่าวคือนิตยา ตากวิริยะนันท์และชินสุมน สุยะชีวิน (2536) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลประสาทสงขลาจำนวน 122 คนและโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 130 คน โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Ferrans & Powers (1992) ซึ่งวัดความพึงพอใจในองค์ประกอบชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว เครื่องมือเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิด Ferrans & Powers (1992) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าตัวแปรที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ เพศหญิง และความพึงพอใจของรายได้ รวมทั้งการศึกษานอง จันทรา ธีระสมบุญ (2539) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชตามกรอบแนวคิดของ Bruckhardt (1985) ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต ความพึงพอใจเฉพาะเรื่องของชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและคุณภาพชีวิตโดยรวม ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

เนื่องด้วยโรงพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาภาวะสุขภาพของบุคคล ทุกเพศ ทุกวัย เพื่อให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อสอดคล้องกับเป้าหมายที่สำคัญของการพยาบาล (จอม สุวรรณโณ, 2542) โดยคุณภาพชีวิตเป็นเครื่องชี้วัดอย่างหนึ่ง ที่สามารถบ่งบอกถึงสภาพ

ความเป็นอยู่ที่ดี รวมทั้งความรู้สึกเป็นปกติสุขในการดำรงชีวิตของบุคคลนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าแห่งตน เป็นผลจากความพึงพอใจและความผาสุกในชีวิต (สมพันธ์ วิทยุธีระนันท์, 2539) ดังนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจึงเป็นเรื่องสำคัญเพราะผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดของการพยาบาล คือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Lukin, 1986) เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ได้อย่างผาสุก ทั้งยังสามารถทำหน้าที่และบรรลุเป้าหมายของชีวิตได้

การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำแล้ว ก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน กล่าวคือผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่สามารถที่จะปรับตัวทั้งร่างกาย จิตใจ ให้ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ , 2537) ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองขาดสิ่งจำเป็นทางจิตใจ ซึ่งผลที่ตามมาคือ เกิดความเครียด ส่งผลต่อการเกิดการป่วยซ้ำได้ (Rose, 1997) ส่วนผลกระทบต่อครอบครัวพบว่า บุคคลในครอบครัว จะมีความกังวล เกิดความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดกำลังใจ รู้สึกว่าเป็นตราบาป (Greenberg et al, 1993) รู้สึกว่าเป็นภาระเกิดความขัดแย้งขึ้นในครอบครัว ทำให้การแสดงออกทางอารมณ์แบบไม่เหมาะสมได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อชุมชน ทำให้บุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างไม่มีความสุข (พะยอม อยู่สวัสดิ์, 2537) ผลกระทบต่อบริการพยาบาล ทำให้ต้องเสียงบประมาณเพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงระบบบริการพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและพัฒนางานบริการเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องด้วยคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการให้บริการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุกฤษ , 2537) ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาสำคัญในระบบบริการที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องมีหน้าที่ดูแลให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

โดยที่แนวคิดการสูญเสียพลังอำนาจคือ ภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำของตนเองไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จต่อผลลัพธ์ที่ตนคาดหวัง การรับรู้ที่ตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ผลของความสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อการจัด การกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (ดารณี จามจุรี, 2544) ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงการสูญเสียพลังอำนาจได้แก่ ความเจ็บป่วย ระบบบริการสุขภาพ สัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม (Stapleton, 1992) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นโรคเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษานาน ผลข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ความรู้สึกอาย รวมทั้งการขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสม นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยอยู่ในฐานะผู้ป่วยเมื่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาล มีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเองโดยอัตโนมัติ การตัดสินใจต่างๆทำให้ผู้

ป่วยในฐานะของผู้ถูกระทำ ทำตามคำชี้แนะ การสอน โดยปราศจากข้อสงสัย (Stapleton, 1992) ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ซึ่งจะเป็นสิ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทประเมินคุณภาพชีวิตในด้านลบ ความรู้สึกผาสุกของผู้ป่วยน้อยลง (Rosenfield, 1992) ที่สำคัญการสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ได้ถูกจัดให้เป็นส่วนหนึ่งของการวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยได้แสดงอยู่ในรายการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ NANDA (The North America Nursing Diagnosis Association) แบ่งกลุ่มตามแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Atkinson and Murry, 1995) เนื่องจากความสูญเสียพลังอำนาจ มีผลขัดขวางการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา ดังนั้นเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะให้การดูแล ผู้ป่วยจิตเภทโดยมีเป้าหมายในอันที่จะลดการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย ด้วยเหตุผลดังกล่าวการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลต้องสามารถที่จะเพิ่มแหล่งพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโดยพัฒนาความเข้มแข็ง ที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกกลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ

โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางในการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเอง ในฐานะหุ้นส่วนระบบบริการสุขภาพด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในจุดแข็ง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างทางเลือกสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความมุ่งมั่น ทุ่มเท ที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษายาบาล และดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ตนเองกำหนดได้เอง โดยพยาบาลต้องค้นหาข้อบ่งชี้ที่แสดงถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจ และปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยก่อนแล้ว จึงสามารถกำหนดกลวิธีเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มีพื้นฐานมาจากความเชื่อโดยมุ่งเน้นการนำศักยภาพทางสติปัญญาและพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น (จินตนา ญนิพันธ์, 2539) จากการศึกษาของดาร์ณี จามจรี (2544) ในการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย ซึ่งได้กล่าวถึงพลังอำนาจ คือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคล และมีความสามารถที่มีอิทธิพลในการควบคุมสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย แหล่งอำนาจตามแนวความคิดของ Miller (1992) มี 7 แหล่ง คือ ระบบความเชื่อ อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความอดทนทางจิต การสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ ความรู้และความเข้มแข็งทางกายภาพ ซึ่งเชื่อว่าการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาแหล่งเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในที่สุด

สำหรับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาชีวิตได้เกิดมีทักษะใหม่ เกิดการเรียนรู้ใหม่ แก้ไขความคิด ทศนคติ และความรู้สึกที่ไร้เหตุผลอันเป็นผลจากประสบการณ์ชีวิต โดยพยาบาลใช้ตนเองและเทคนิคในการสื่อความหมาย เป็นเครื่องมือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ทศนคติ ความรู้สึกที่แสดงออกมาทางพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น (สุวณีย์ เกียวกิงแก้ว, 2544) ด้วยเหตุดังกล่าวว่าโรคจิตเภทสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่ง เกิดจากประสบการณ์ในทางไม่ดีในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อาจเป็นระหว่างบุคคลในครอบครัวและ/หรือในสังคม พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีประสบการณ์ในระหว่างบุคคลใหม่ ซึ่งเป็นสัมพันธภาพที่มีความจริงใจ เพื่อการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน ตามแนวคิดของเพปพลา (Peplau, H.E, 1952 :17) เน้นกระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่พยาบาลมีหน้าที่ในการบำบัดรักษา สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้สถานการณ์ที่เป็นปัญหาอย่างถูกต้อง โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารและรับรู้ตนเอง การปฏิบัติการพยาบาลเน้นที่การสร้างและรักษาสัมพันธภาพเต็มไปด้วยความไว้วางใจ(Trust) โดยเน้นที่เป้าหมายที่กำหนดไว้(Goal -oriented) สำหรับปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งมีการศึกษาวิจัยของ ศิริพร จิรวัดมนกุลและคณะ(2540) ได้ทำการศึกษาเรื่องสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพ ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่าการปฏิบัติงาน ทั้งในโรงพยาบาล ฝายกาย และ โรงพยาบาลจิตเวช ปฏิบัติการพยาบาลเป็นแบบ” Task orientate ” โดยมุ่งที่การทำงานประจำให้เสร็จสิ้นในแต่ละเวร ไม่มีการดำเนินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบชัดเจน การสื่อสารเป็นแบบการสื่อสารทางเดียวจากพยาบาลสู่ผู้ป่วยในรูปคำสั่ง คำสอน และคำแนะนำ จากสภาพปัญหาของระบบบริการพยาบาลดังกล่าว ไม่เอื้ออำนวยให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำได้ง่าย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่ขาดความเชื่อมั่น ขาดความเชื่อถือต่อบุคคลอื่นจำเป็นต้องสร้างความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเปิดเผยตนเองและเป็นแนวทางในการบำบัดต่อไป

การพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญของบริการสุขภาพ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว พยาบาลต้องให้การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเรื้อรังและมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (จริยาวัตรคมพยัคฆ์, 2535; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) โดยพยาบาลควรมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาพ คือ การสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมุ่งให้ผู้ป่วยปฏิบัติเองได้ รวมทั้งครอบครัวชุมชนให้การช่วยเหลือหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยนั้นต้องราคาถูกและมีประโยชน์ (พวงรัตน์ บุญญาอนุรักษ์

,2537) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมมือกันในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้เลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติลงมือกระทำตามวิธีการเลือกด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเองและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจและสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตตนเองได้(จริยวัตร คมพยัคฆ์,2535; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ 2537; จินตนา ยูนิพันธุ์ ;2542) ดังนั้นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

โดยการที่ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือ และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากจะช่วยควบคุมอาการและป้องกันการป่วยซ้ำแล้ว ยังช่วยให้การพยากรณ์โรคในระยะยาวของผู้ป่วยดีขึ้น(Agarwal et al .1998) รวมถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในชุมชนได้ระยะเวลานานโดยผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม มีการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและพึงพอใจในชีวิต ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (Rosenfield,S.,1992) ดังนั้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาตนเอง เกิดความพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ รวมถึงการปรับตัวและยอมรับการเจ็บป่วย เกิดกระบวนการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมให้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลที่พึงประสงค์ต่อการรักษา มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ รวมถึงสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไป

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งลักษณะของเนื้อหาในโปรแกรมเป็นการผสมผสานแนวคิดโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม โดยใช้หลักการให้ความรู้และการพัฒนาตนเองของผู้ป่วยให้มีความตระหนักรู้ในตนเอง เรียนรู้ปัญหาด้านอารมณ์ความรู้สึกในการเผชิญกับความเจ็บป่วย และการจัดการกับปัญหาร่วมกัน เรียนรู้ทักษะทางสังคม ทักษะการสื่อสาร สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยหลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นกระบวนการที่มีเป้าหมาย พยาบาลใช้ตนเองสื่อความหมาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ทัศนคติ และพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าจะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่สมัครเข้าร่วมวิจัยโดยทำการศึกษา ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะประโยชน์ต่อผู้รับบริการในการ

จัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง และผู้ให้บริการในการนำไปปรับใช้ในการให้บริการที่
ตระหนักการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย สามารถพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม
การเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้าง
พลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพ
เพื่อการบำบัด โดยผสมผสาน 2 แนวคิด กล่าวคือ 1) การเสริมสร้างพลังอำนาจของ ดารณี จามจรี
และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งนำแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) มาใช้ในการเสริม
สร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อเพิ่มการดูแลตนเองโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) แนวคิดสัม
พันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau , H.(1952) เน้นกระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่
พยาบาลมีหน้าที่ในการบำบัดรักษา สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้สถานการณ์ที่เป็นปัญหาอย่างถูกต้อง
โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร การรับรู้ตนเองและการปฏิบัติการ
พยาบาลที่สร้างและรักษาสัมพันธภาพเต็มไปด้วยความไว้วางใจ(Trust) โดยเน้นเป้าหมายที่
กำหนดไว้(Goal-oriented) ซึ่งโปรแกรมที่ผู้วิจัยผสมผสาน 2 แนวคิดเข้าด้วยกันประกอบด้วย 6 ชั้น
ตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) การสร้างปฏิสัมพันธ์ในการค้นหาสภาพการณ์
จริงในผู้ป่วย 3) การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยด้วยการสะท้อนคิดและเข้าใจสถาน
การณ์ 4) การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการสื่อสาร 5) การดำเนินการด้วย
ตนเองในการจัดการกับความเจ็บป่วย 6) การคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บ
ป่วย โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นพื้นฐานเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มในการช่วยเหลือ
แก้ไขปัญหาซึ่งกันและกันรวมถึงเรียนรู้การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) พบว่าวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังลด
การสูญเสียพลังอำนาจด้วยการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจและกลวิธีในการจัดการกับปัญหาให้กับผู้ป่วย โดยพบ
ว่าแหล่งพลังอำนาจมีอยู่ 7 แหล่งคือ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและ
การสนับสนุนทางสังคม 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6)

แรงจูงใจ 7) ระบบความเชื่อ โดยพยาบาลจะลดความสูญเสียพลังอำนาจได้ต้องเพิ่มแหล่งพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย โดยที่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาดตนเอง เกิดความพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ รวมถึงการรับด้วยยอมรับต่อการเจ็บป่วย (Gibson,1995;Suk bling,1998) ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการที่ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพความเจ็บป่วยตรงตามความเป็นจริง เชื่อว่าตนเองสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตของตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตต่อไปและเชื่อว่าชีวิตที่เหลืออยู่มีความหมาย นั้นหมายถึงการมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุดของการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล โดยการมีสุขภาวะที่ดีจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Suk bling,1998)

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นกระบวนการสัมพันธภาพที่มีความหมายส่งผลในทางบำบัดและทำหน้าที่ร่วมกับกระบวนการอื่นๆ ของมนุษย์ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีได้ (Peplau, 1952) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้สถานการณ์ที่เป็นปัญหาอย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นกรนำไปสู่การเจริญเติบโต(Growth)และพัฒนาการ (Development)ของบุคคลทั้งสองฝ่าย การปฏิบัติการณ์ส่วนใหญ่จะเน้นที่กระบวนการสร้างและรักษาสัมพันธภาพเต็มไว้ด้วยความไว้วางใจ โดยเน้นที่เป้าหมายที่กำหนดไว้ (Goal-oriented) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความคิดและทัศนคติที่มีต่อตนเองและผู้อื่น ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปรับปรุงตนเอง เพื่อที่เขาสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างสร้างสรรค์ต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชนในที่สุด (สุนีย์ เกียว กิ่งแก้ว,2544) โดยผู้ป่วยจิตเวชที่มีสัมพันธภาพต่อผู้อื่นดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี(Atkinson, J.M. ,1996)

การเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มเน้นการมีปฏิสัมพันธ์กันในสมาชิกในกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมโอกาสในการกำหนดแนวทางในการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วย ตระหนักรู้ในตนเองจากสภาพการณ์จริง สามารถควบคุมสุขภาพของตนเอง สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น โดยพยาบาลใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ทักษะในการสื่อสาร เป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ทัศนคติ ความรู้สึก ซึ่งเกิดการเรียนรู้ใหม่ไปสู่การดำรงชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์ต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ในที่สุด

โดยการที่ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากช่วยควบคุมและป้องกันการป่วยซ้ำแล้ว ยังช่วยให้การพยากรณ์โรคในระยะ

ยาวของผู้ป่วยดีขึ้น (Agarwal et al,1998) การที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในชุมชนได้นานโดยผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมมีการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและพึงพอใจในชีวิต ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Rosenfield,1992) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาศักยภาพดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกิดความรู้สึกมีพลังและสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเองได้เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นได้ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์,2535; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ,2537;จินตนา ยูนิพันธุ์,2542)

จากการศึกษาของ จารุวรรณ จินตมางคล (2541) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของGibson (1995) ปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของCorrigan (1997) ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตสังคมและใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยนั้นหมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทยอมรับและเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยได้ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาศักยภาพดังกล่าวผู้ป่วยรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกิดความรู้สึกว่ามีพลังและสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเองได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นได้ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์,2535)

โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans and Powers (1985) Epilepsy version III มีองค์ประกอบทั้งหมด 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพ และการทำหน้าที่ (Health and functioning) 2) สังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual) 4) ด้านครอบครัว (Family) การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยพัฒนาตนเองให้เกิดความพึงพอใจกับสภาพความเป็นอยู่รวมถึงการปรับตัว และการยอมรับต่อความเจ็บป่วย (Gibson ,1995) ดังนั้น ผลจากการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จะส่งผลต่อการมีสุขภาวะที่ดีซึ่งเป็นสภาวะที่บุคคลสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ผู้ป่วยจะมีสุขภาวะที่ดีได้แม้ว่าอยู่ในภาวะเปราะบางทางสุขภาพ(Orem,1991) ซึ่งการมีสุขภาวะดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Suk bling,1998)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากแนวคิดและผลการศึกษาดังกล่าวจึงกำหนดสมมุติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

- 1.คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดภายหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม
- 2.คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดภายหลังสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยทำการทดลอง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1.ประชากรคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

2.กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ในการวิจัยครั้งนี้

3.ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

3.1 ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยใช้แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) ซึ่งพัฒนาโดยดาร์ณี จามจุรี & จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทสังคมไทยและแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau (1952) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) การสร้างปฏิสัมพันธ์ในการค้นหาสภาพการณ์จริง 3) การสร้างพลังในการจัดการกับความเจ็บป่วย 4) การสนับสนุนข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท ทักษะในการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 5) การดำเนินการด้วยตนเองในการจัดการกับความเจ็บป่วย 6) การคงไว้ซึ่งการมีพลังในการแก้ไขปัญหาในการกระทำซึ่งบรรลุเป้าหมายในชีวิต

3.2. ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans & Powers (1985,1992) Epilepsy version III ซึ่งได้แปลและพัฒนาโดย หงษ์บรรเทิงสุข (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ เกี่ยวกับความพึงพอใจและการให้ความสำคัญของคุณภาพชีวิต 4 องค์ประกอบคือ 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 4) ด้านครอบครัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ได้รับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ในชุมชน และเดินทางมารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก เป็นครั้งคราวตามแผนการบำบัดรักษา

คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์ประกอบของชีวิต และการให้ความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อของตนเอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต โดยใช้แนวคิดของ Ferrans and Power (1985) Epilepsy version III ซึ่งแปลและพัฒนาโดยของ หงส์ บรรเทิงสุข (2545) ประกอบด้วยองค์ประกอบชีวิต 4 มิติ คือ

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ รวมถึงการให้ความสำคัญด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง ความสามารถในการจัดการกับอาการเกี่ยวกับโรคของตนเอง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆให้กับตนเองครอบครัวและชุมชน

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภท ประเมินความรู้สึกพึงพอใจและให้ความสำคัญ ในด้านการทำงาน และค่าใช้จ่าย การได้รับการประดับประคองทางจิตใจ การศึกษาตลอดจนสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ที่อยู่อาศัย เพื่อนบ้าน และสภาพบ้านเมือง

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความรู้สึกพึงพอใจและการให้ความสำคัญในด้านความพอใจในตนเอง ความสุข ความวิตกกังวล การประสบความสำเร็จ ความสุขสงบภายในจิตใจ ปฏิกริยาของบุคคลอื่น และการนับถือคำสั่งสอนของศาสนา

4) ด้านครอบครัว (Family) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความรู้สึกพึงพอใจและการให้ความสำคัญ ด้านสัมพันธภาพกับคู่ครอง ด้านสัมพันธภาพทางเพศ สุขภาพและความสุขของบุคคลในครอบครัว

การเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด หมายถึง กิจกรรมการส่งเสริมพัฒนา และเสริมสร้างความสามารถผู้ป่วยจิตเภท ในการควบคุมการดำเนินชีวิต ตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและการจัดการกับความเจ็บป่วย โดย

อาศัยการบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม รวมถึงสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ในครอบครัว ชุมชน สังคม โดยสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ใช้ขั้นตอนของกิจกรรมอย่างมีเป้าหมาย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเชื่อถือศรัทธาในตัวพยาบาล เกิดความเข้าใจตนเอง มองเห็นแนวทางการแก้ปัญหา และนำไปปฏิบัติได้ โดยมั่นใจว่ามีความสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของตนเอง สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมี 6 ขั้นตอนคือ

1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ โดยการแนะนำตัวเอง วัตถุประสงค์ในการมาพบกันประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับ เป็นระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ โดยการกล่าวถึงทักษะเบื้องต้นในการสร้างสัมพันธภาพ การรู้จักกันและมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม เกิดแรงจูงใจในการร่วมกิจกรรมกลุ่ม สร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจเพื่อนำไปสู่การเปิดเผยตนเองในขั้นตอนต่อไป

2) การสร้างปฏิสัมพันธ์ในการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย โดยค้นหา การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว โดยสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา รวมทั้งการประเมินแหล่งพลังอำนาจรายบุคคล

3) สร้างพลังในการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยด้วยการสะท้อนคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ โดยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง การใช้ทักษะการสื่อสาร ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาด้วยตนเอง หาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชนที่มีอยู่ ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกแนวทางในการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง

4) การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิต ทักษะการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยจิตเภท การดูแลสุขภาพตนเองในชุมชน โดยประเมินความต้องการความรู้จากกลุ่ม แล้วพยาบาลให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นนั้นๆ

5) การดำเนินการด้วยตนเองในการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วย สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจ ในการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา รวมถึงการที่ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองในการหาแนวทางแก้ไขปัญหา

6) การสร้างเสริมความมั่นใจและ คงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต ในการจัดการกับความเจ็บป่วย ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิต

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่บุคลากรที่มีสุขภาพจิตให้มีขึ้นเพื่อผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกได้แก่ การสอนสุขภาพจิตเกี่ยวกับสุขภาพจิต คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การให้คำปรึกษารายกลุ่มหรือรายบุคคล รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Home health care)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความพร้อมในการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ในชุมชน
2. เป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวและเพิ่มคุณภาพการปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
3. มีแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1.แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการพยาบาล

- 1.1. ความหมาย
- 1.2. ลักษณะอาการผู้ป่วยจิตเภท
- 1.3. ปัญหาความต้องการและการดำรงชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 1.4. ระบบบริการพยาบาลและการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 1.5. กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

- 2.1. ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 2.2. ขั้นตอนและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 2.3. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

3. สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

- 3.1. ความหมายของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
- 3.2. แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพลบลาว
- 3.3. ขั้นตอนของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

5. คุณภาพชีวิต

- 5.1. ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 5.2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- 5.3. กิจกรรมพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- 5.4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 5.5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

6. การเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิต

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบบ่อยมากในผู้ป่วยจิตเวช และยังพบทุกกลุ่มประชากร ในระยะแรกใช้คำว่า Dementia praecox ต่อมาจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ชื่อ Eugen Bleuler ได้ใช้คำว่า Schizophrenia ได้ใช้คำนี้มาจนปัจจุบันนี้

1.1 ความหมาย

อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย(2545) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภทหรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่นแต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

อำไพวรรณ (2543) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวมความผิดปกติทางอารมณ์ แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้สิ่งต่างๆที่ไม่มีความจริงเช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไปเช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย พฤติกรรมแปลกๆ

ตามความหมายของ ICD-10 ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือ อารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (อ้างใน เกษม ต้นติผลลาชีวะ,2536:332)

Sadock, B. J. & Sadock, V. A.(2001) ได้กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และ อาการทางลบ (Negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านกรรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกายและโรคทางสมอง ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความจริง

1.2. ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทกล่าวโดยทั่วไป เป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์ ลักษณะอาการนั้นได้มีผู้กล่าวไว้ดังนี้

อาการและอาการแสดง

อาการแสดงของโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบฉับพลันหรือรุนแรง ซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ โดยอาการทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ (Taylor,M.C.,1994:245; Johnson, 1993 : 473) คือ

1) อาการบ่งชี้ทางบวก (Positive symptoms / Type I syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการที่เด่นชัดคือ มีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงที่เด่นชัดคือหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม(Bizzare behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

2) อาการบ่งชี้ทางลบ (Negative symptoms / Type II syndrome) คืออาการที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ท่าเดียววนๆโดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic schizophrenia or Waxy Flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือเฉยชา (Blunt or Flattening) ซึ่งเกิดจากความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจ(เกษม ต้นติผลลาชีวะ,2536และ Talor,M.C.,1994:245)

ผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะอาการที่เหมือนกันอยู่ 4 อาการและอาการร่วม 2 ประการดังนี้ (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร,2534 ; อ่ำไพวรรณ ศรีสวัสดิ์,2541)

1) อาการหลักประกอบด้วย

- ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความต่อเนื่องของความคิด (Associative Disturbance) หมายถึงมีความคิดไม่ต่อเนื่องและไม่เชื่อมโยงหรือไม่สัมพันธ์กัน

- ความผิดปกติของอารมณ์แสดงออก (affective disturbance) คือ ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกของอารมณ์แปรปรวน ไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับสถานการณ์

- หมกหมุ่นในความคิดของตนเองโดยไม่สนใจโลกภายนอก (Autism) หมายถึงผู้ป่วยจะสร้างเรื่องของตนเองขึ้นมาจึงทำให้อยู่ในโลกของตนเอง

- มีอาการหรือความคิดสองจิตสองใจ (Ambivalence) หมายถึง ความลังเล ตัดสินใจไม่ได้ไม่รู้จะทำอะไร

2) อาการร่วมประกอบด้วย

- อาการประสาทหลอน (Hallucination)

- อาการหลงผิด (Delusion)

ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งตามการดำเนินของโรค เป็น 3 ระยะดังนี้

(มานอนชัย หล่อตระกูล, 2539; เกษม ตันติผลาชีวะ 2536)

1) ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป พบว่ามีปัญหาในด้านการทำหน้าที่ ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน การทำงาน ละเลยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา ไสยศาสตร์ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปญาติอาจสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบมากขึ้นเรื่อยๆ ส่วนใหญ่มีอาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอนและอาการที่พบบ่อยมีดังนี้

- ด้านพฤติกรรม บางรายเก็บตัว ไม่อาบน้ำหลายวันติดต่อกัน ผสมกปรกรุงรัง กลางคืนไม่นอนเดินไปมา ทำท่าแปลกๆ บางครั้งหงุดหงิดฉุนเฉียว ตะโกนโวยวาย มีพฤติกรรมก้าวร้าว

- ด้านความคิด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล หมกหมุ่นแต่ความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว หลงผิด คิดว่าคนมาทำร้าย หลงผิดคิดว่าตนเองมีกระแสจิตมีการโต้ตอบกัน มีความคิดแบบแปลกประหลาด ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในทางเดียวกัน มีลักษณะการพูดไม่จบประโยคก็จะหยุดพูด เนื่องจากกระแสความคิดขาดหายไป บางครั้งพูดมากใช้คำพูดแปลกๆ ไม่มีใครเข้าใจนอกจากผู้ป่วย

- ด้านอารมณ์ มีลักษณะอารมณ์แบบไม่เหมาะสม เช่น ไม่สอดคล้องกับความคิดหรือเหตุการณ์ในขณะนั้น หรืออารมณ์เฉยเมย ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเปลี่ยนแปลงใดๆที่เกิดขึ้น

- ด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ หูแว่ว ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ทักษะทางสังคมจะเสื่อมลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ในด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมอาจต้องออกจากโรงเรียนหรือทำงานไม่ได้เป็นระยะเวลานาน ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคลและเรื่องการเงิน (Moller & Murphy, 2001)

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) เป็นระยะที่ไม่มีอาการหรือบางรายมีอาการแต่ไม่รุนแรงเช่น อาการหงุดหงิด วิตกกังวล อาการหลงผิด หรือประสาทหลอน ยังมีอยู่แต่ไม่มีผลต่อผู้ป่วยมากนัก ส่วนมากในระยะนี้จะพบลักษณะของอาการทางลบ ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยน้อยลง ไม่สนใจสิ่งอื่น ไม่สามารถรักษาทักษะการติดต่อทางสังคม ระยะนี้จะนานประมาณ 6 เดือนหลังจากที่เริ่มมีอาการกำเริบ บางรายอาจนานกว่านี้

สรุปลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การสื่อสาร พฤติกรรมการแสดงออก ซึ่งแสดงออกในลักษณะมากเกินไปหรือน้อยเกินไปซึ่งสรุปได้ว่าเป็นกลุ่มอาการทางบวกและกลุ่มอาการทางลบ

1.3. ปัญหาความต้องการและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม มีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง จึงมีระยะเวลาที่มีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจะเน้นการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาสั้นลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากต้องใช้ชีวิตในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นพบว่า มีการดำเนินชีวิตและสภาพชีวิตที่พบดังนี้

จากการศึกษาจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วยของ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องประสบกับปัญหาเมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต คนทั่วไปจะพยายามหลีกเลี่ยง ไม่อยากพูดคุยด้วย ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยง การพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้เห็น ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือ ไร้ใจไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังถูกสังคมมองว่าเป็นบุคคลไร้ความสามารถ ขาดอิสรภาพในการตัดสินใจ บางรายถูกทอดทิ้งต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ต้องประสบปัญหาในเรื่องของการหาที่พักอาศัย การหางานทำ ไม่มีคนจ้างงาน หรือบางครั้งให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งจากการศึกษาของ ทิวาพร พูเพื่อง (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ศรีรัษฎา ร้อยละ 57.5 ที่ไม่มีงานทำ และร้อยละ 50 ไม่มีรายได้

สำหรับปัญหาที่พบขณะที่ผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตในชุมชนนั้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความสามารถในเรื่องการดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานยา ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับครอบครัวได้ ทำให้ญาติต้องให้การช่วยเหลือทั้งด้าน

ความคิด การตัดสินใจ การทำงานและกิจวัตรประจำวัน (เพลินพิศ จันทรศักดิ์, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของ Davis (1974 อ้างในดารา ศัตรูลีและคณะ, 2539) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยโรคจิต มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม ยังมีลักษณะต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีเพื่อน มีนิสัยทางสังคมไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยร้อยละ 33-37 ไม่สามารถพบปะผู้อื่นได้โดยไม่แสดงพฤติกรรมที่แปลกๆ ผู้ป่วยร้อยละ 20 มีนิสัยการกินที่ไม่เรียบร้อย และจะปฏิเสธการรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกอื่นในครอบครัว มักใช้เวลาว่างในการนั่งเฉยๆ การทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลิน จะถูกจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ซึ่งไม่ต้องพบปะกับสมาชิกคนอื่น ถ้าจะไปเยี่ยมคนอื่นต้องไปกับสมาชิกครอบครัว กล่าวโดยสรุปผู้ป่วยมีการปรับปรุงด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยมาก ทำให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งพบว่าเป็นปัญหาในด้านการแสดงออกด้านอารมณ์ เช่นการมีสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วย มีการแสดงความรัก ความสงสารน้อย ไม่สนใจความรู้สึกของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นภาระกับสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่กล้าถามบุคลากรทางสุขภาพ เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง (นิตยา ตากวิริยะนันท์, และชิ่งสุนน สุชีวัน, 2536) ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับญาติ ในเรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมักหยุดยาเอง ญาติไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาปัญหาตามมาคืออาการกลับป่วยซ้ำ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2542)

จากการศึกษาของสุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้นคือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น และมักเกิดปัญหาความคับข้องใจในครอบครัวเนื่องจากครอบครัวยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ดำเนินชีวิตในชุมชนในปัจจุบันนี้ มีทั้งผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ ดังนั้นสิ่งที่พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ คือการยอมรับจากสังคมและปัญหาในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันหรือการมีอาการโรคที่หลงเหลืออยู่ รวมถึงการขาดการยอมรับจากญาติผู้ดูแล ซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดำรงชีวิต จึงอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก

1.4. ระบบบริการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่งมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จึงมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการต่างๆสำหรับผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ (ปีทมา ศิริเวช,2544; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน,2545)

1) ให้บริการตรวจวินิจฉัย คัดกรอง การทดสอบทางจิตวิทยา การรักษาด้วยยา การให้คำปรึกษา จิตบำบัด ครอบครัวบำบัด ให้การพยาบาลเบื้องต้น ให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา โดยดำเนินการแบบเป็นขั้นตอน ตามระบบของโรงพยาบาลในกรณีที่มีอาการรุนแรงมากส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยใน

2) โรงพยาบาลจิตเวชได้จัดระบบบริการสำหรับผู้ป่วยนอก ในรูปแบบของโรงพยาบาลเฉพาะช่วงเวลา เช่น โรงพยาบาลสุดสัปดาห์ เพื่อให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน ที่มีความจำเป็นเช่น ต้องการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน หรือผู้ที่มีปัญหาเรื่องการรับประทานยา

3) นอกจากนี้เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชได้มีการให้บริการโดยการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเบื้องต้น ในสถานบริการใกล้บ้าน แต่กรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการรุนแรงซับซ้อนสถานบริการสามารถส่งต่อผู้ป่วยให้กลับมารักษาที่โรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิได้ และในปัจจุบันได้มีระบบบริการในรูปแบบของโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอจะให้บริการสำหรับผู้ป่วยโดยให้บริการในรูปแบบทำหน้าที่ประสานงาน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้ สะดวกและรวดเร็ว พร้อมทั้งประหยัดค่าเดินทางในการมาพบแพทย์

4) ให้บริการในรูปแบบของคลินิกพิเศษต่างๆเช่น คลินิก ผู้สูงอายุ คลินิกคลายเครียด

แนวโน้มการรักษายาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกปรับไว้ในโรงพยาบาลในช่วงสั้นๆ การฟื้นฟูหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ,2540) โดยญาติและครอบครัวควรดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมการดูแลผู้ป่วย ตั้งแตผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจนกระทั่งรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

สรุปสำหรับรูปแบบของบริการสำหรับผู้ป่วยนอกนั้น จะเป็นการเน้นการให้บริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งญาติและครอบครัวมีอิทธิพลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน โดยอาศัยระบบการบริการที่ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรงและดีที่สุด จึงมีรูปแบบการรักษายาพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็น

ศูนย์กลาง อำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วยทั้งในรูปแบบการส่งต่อ การติดตามเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5. กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

รูปแบบของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีดังนี้ โดยผู้วิจัยสรุปแนวคิดจิตเวชชุมชนของจากรูวรรณ ต.สกุล(2544) เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนดังนี้

1.5.1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)

- 1) เยี่ยมสำรวจผู้ป่วยในชุมชน ประเมินปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหากำหนดปัญหาเร่งด่วนทำการแก้ไขทันที
- 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วยสมาชิกของครอบครัวและสมาชิกของชุมชน
- 3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเช่นการประกอบอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายด้วย
- 4) เยี่ยมบ้านและให้การบำบัดการพยาบาลตามความเหมาะสมเช่น การให้การปรึกษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว
- 5) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพะ
- 6) การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วยของครอบครัวเพิ่มความมั่นใจในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

1.5.2 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care)

เพื่อให้การรักษาพยาบาลในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงมีการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลเบื้องต้นในท้องถิ่นหรือสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด จะเป็นการช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายน้อยลง ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนควรได้รับการรักษาพยาบาลจากผู้ชำนาญเฉพาะสาขา จะเป็นการส่งต่อจากระดับล่างไปสู่ระดับบนหรือระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ ไปสู่ระดับจังหวัด ส่วนการส่งต่อจากระดับบนมาสู่ระดับล่างคือเมื่อผู้ป่วยรับการรักษาในระดับ

จังหวัดหรืออำเภอแล้วมีอาคารทุเลาลงสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ยังคงต้องการดูแลต่อเนื่องก็อาจส่งตัวผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่องไปยังสถานบริการซึ่งอยู่ใกล้บ้านที่สุดได้โดยไม่จำเป็นต้องค้างในสถานบริการนั้น เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งฝ่ายผู้ป่วยและงบประมาณของรัฐบาล และยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น ซึ่งระบบการส่งต่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน(Chromiak,1992 อ้างถึงใน กัลยาณี โนอินทร์,2542)เพื่อนำผู้ป่วยที่พร้อมจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปยังบ้านหรือชุมชนทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

โดยรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่การดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านดังนี้(กัลยาณี โนอินทร์,2542)

- 1) เป็นบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วย พิการหรือป่วยหนักเพื่อทุเลาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน
- 2) เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพพร้อมกัน
- 3) เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสานได้แก่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
- 5) เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
- 6) เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว
- 7) เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

โดยหลักการเดียวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวาง ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนจากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ดังนี้(Klebnoff,1989;Pelletier,1988 อ้างถึงใน อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย,2543)

- 1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
- 2) ลดอัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

- 4) ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด
- 5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล
- 6) ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
- 7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว
- 8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย และครอบครัว
- 9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การไต่ถาม การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นรวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
- 10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยในชุมชนต้องอาศัยความเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมและสนับสนุนให้ญาติ ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆในชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้านจะต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานองค์กรต่างๆในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายงบประมาณของรัฐในการรักษาผู้ป่วยได้อีกด้วย

สำหรับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นบริการสุขภาพที่ ต้องการการติดต่อประสานงานและอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้การพยาบาลตามหลักการดูแลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาศัยหลักการพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Basic principle of psychosocial home care) ซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย 6 กิจกรรมดังนี้ (คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน, 2543)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช เป้าหมายเพื่อให้เกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นไว้วางใจ

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษาให้ถูกต้อง สามารถใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ทุกเรื่องและผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วน

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถค้นหาปัญหาและมีวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านได้

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวชเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและช่วยเหลือในภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้ถูกต้องรวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการและการเผชิญกับภาวะวิกฤติได้

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนตามศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

สรุปว่า ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีระบบการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ รวมถึงการให้ครอบครัวชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง ในระยะหนึ่งเท่านั้นจากนั้นจึงให้เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของครอบครัว ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.1 ความหมาย

Suk bling (1998:19-20) ได้รวบรวมคำจำกัดความเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามทัศนะของนักวิชาการไว้หลายท่าน ซึ่งสรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการร่วมมือในการรักษาในส่วนของชุมชนด้วยการบูรณาการเข้าไปในวิถีชีวิต ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนความรู้สึจากบุคคลที่ไม่มีคุณค่าไปสู่การยอมรับตนเองมีความสามารถอย่างแท้จริง เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลองค์กร ชุมชนสามารถควบคุมสิ่งที่ตนเองสนใจหรือเกี่ยวข้องได้

Corrigan (1997) ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจหมายถึง การเสริมสร้างความสามารถของบุคคล การมีอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและสถานการณ์ของการดำรงชีวิต

Miller (1992) กล่าวว่า พลังอำนาจคือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล โดยรูปแบบพลังอำนาจมีอยู่ 7 แหล่งด้วยกันคือ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self -concept) 4) พลังงาน (Energy) 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) 6) แรงจูงใจ (Motivation) 7) ระบบความเชื่อ (Belief system)

Jones and Meleis (1993) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจคือการแสวงหาค้นหาสภาพการณ์ ทรัพยากรและกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุความต้องการของบุคคล

Ellis – Stoll and Popkess – Vawter (1998 : 62) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อการช่วยเหลือให้ผู้ให้บริการได้มีการพัฒนาตนเองไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2539:11) กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น เป็นแนวคิดที่มีความต่อเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างครบวงจรอย่างต่อเนื่องและเป็นการสร้างสถานการณ์ การเริ่มต้นที่มากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคคล

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2541) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพยายามที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง มั่นใจ ยึดมั่นผูกพันและมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง เพื่อการปฏิบัติหรือกระทำภารกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ในกรณีที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจยึดมั่น ผูกพันต่อตนเองหรือหน่วยงานเพื่อให้สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง บุคคลจะต้องเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถกระทำภารกิจต่างๆได้สำเร็จ บุคคลต้องได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิด และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำต่างๆด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตในการดำเนิน

ชีวิตของตนเอง เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีพลังมีความสุขและมีอำนาจในการตัดสินใจ เสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้ที่มั่นใจ เป็นตัวของตัวเอง รู้สึกว่าชีวิตมีค่า สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2. ขั้นตอนและกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารวิชาการ พบว่าแนวคิดและวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย ทำให้ได้องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจดังนี้

Funnell et al.(1991) กล่าวว่ากระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

1) ข้อมูลและการให้ความรู้ (Information and Education) ได้แก่ความรู้ที่พอเพียงต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล การควบคุมแหล่งทรัพยากรที่พอเพียงต่อการลงมือปฏิบัติตามที่ตัดสินใจและประสบการณ์ในการประเมินประสิทธิผลของการตัดสินใจ

2) ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับการตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับคุณค่า ความต้องการ เป้าหมายและแรงบันดาลใจในตนเอง ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือส่งเสริมการกำหนดตนเอง (Self - regulation) อันจะเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลทางด้านสุขภาพและความสุข มีความรู้ ทักษะ ทักษะคิด และการตระหนักรู้ในตนเองที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

Hawkes (1992) กล่าวว่าองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

1) ผู้ป่วย ที่มีคุณลักษณะความตั้งใจที่ยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจและรับผิดชอบมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจ สิ่งที่ต้องคิดก่อนคือ ความไว้วางใจ ความจริงใจ ความซื่อสัตย์ เปิดเผย ทักษะส่วนบุคคล ทักษะในการสื่อสาร การเคารพซึ่งกันและกัน กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่ การสื่อสารที่เปิดเผย การตั้งเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกันการใช้พฤติกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดสิ่งแวดล้อม เครื่องมือและแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น ส่วนผลลัพธ์คือ เพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพในการกำหนดและดำเนินให้บรรลุเป้าหมายสำหรับแต่ละบุคคล

2) พยาบาลที่มีคุณลักษณะการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและใช้ทักษะของวิชาชีพ สิ่งที่ต้องคิดก่อนทำคือ การยอมรับในคุณค่าของบุคคลอื่น การยอมรับบุคคลอย่างที่เขาเป็น ส่วนผลลัพธ์คือ ความพึงพอใจกับการเติบโตของตนและผู้อื่น

Gibson (1995) กล่าวว่าสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือความมุ่งมั่น ทุ่มเท ความรัก และความผูกพัน โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอนคือ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด การดำเนินการด้วยตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลลัพธ์ คือความสามารถในการมีส่วนร่วมโดยพัฒนาทางด้านความรู้ ความสามารถในการดูแล พัฒนา ความเชื่อมั่นในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลต่อเนืองคือเป้าหมายและความหมายในชีวิต การพัฒนาตนเอง ความพึงพอใจ และการรับรู้ความสำเร็จ

Rodwell (1996) กล่าวว่าคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย กระบวนการช่วยเหลือ การเป็นหุ้นส่วนที่ยอมรับในคุณค่าของตนเองและผู้อื่น ตัดสินใจร่วมกันโดยใช้แหล่งทรัพยากร การให้โอกาสและอำนาจตามที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งอิสระในการสร้างทางเลือกและยอมรับต่อหน้าที่ความรับผิดชอบ สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนคือความไว้วางใจและเคารพซึ่งกันและกัน การให้ความรู้และสนับสนุน การมีส่วนร่วมและความมุ่งมั่นทุ่มเท โดยมีกระบวนการในการปฏิบัติมีการเปลี่ยนแปลงการให้บริการพยาบาลที่ใกล้ชิด การสร้างความร่วมมือที่เหมาะสมรวมถึงเป้าหมายที่เป็นไปได้ ส่วนผลลัพธ์คือความนับถือตนเองในทางบวก ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ความรู้สึกถึงการควบคุมชีวิตของตนเอง และกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงและความรู้สึกถึงความหวังต่ออนาคต

Bling (1998) กล่าวว่าคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยกระบวนการสร้างแรงจูงใจ กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ การแสวงหาความรู้ ทักษะและกระบวนการของการปรับเปลี่ยนความคิด สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนคือการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่น ทุ่มเท รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจ และความหวังโดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอนคือ

1) การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด ความสนใจ และจุดแข็งได้แก่ การค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนคติของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย ตระหนักถึงจุดแข็งของผู้ป่วยและปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล

2) เอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนความคิดได้แก่ กระตุ้นให้เกิดความมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ช่วยผู้ป่วยในการต่อรองต่อเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวก และสร้างความหวัง

3) เพิ่มแหล่งทรัพยากรได้แก่ สร้างเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนกันเอง เอื้ออำนวยการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย เพิ่มแหล่งทรัพยากรทางกายภาพ เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจและการเข้าถึง

ระบบบริการสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบ่งเป็น ผลลัพธ์ที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยได้แก่ การให้ความหมายแก่ชีวิตและการมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความรู้และทักษะ การมองโลกในแง่ดี ผลต่อเนื้อที่มีต่อพฤติกรรมได้แก่ ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และความผาสุกทางจิต

Berger et al. 2000 กล่าวว่าคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

- 1) บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพของตน จึงมีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน
- 2) การยอมรับความสามารถของบุคคลที่จะเติบโตและประเมินตนเอง
- 3) เจ้าหน้าที่สุขภาพไม่สามารถให้อำนาจแก่บุคคลแต่บุคคลต้องสร้างอำนาจให้กับตนเอง
- 4) เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องยอมรับต่อความต้องการของชุมชน ในการที่จะควบคุมและปรับปรุงตนเอง

โดยมีกระบวนการ 6 ขั้นตอน คือ การศึกษาถึงครรลองของผู้ป่วย การศึกษาถึงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ค้นหาสิ่งทีผู้ป่วยคิดว่าดีสำหรับตน การสนับสนุนด้านข้อมูล การค้นหาปัจจุบันและอนาคต การช่วยเหลือในการตัดสินใจผลลัพธ์คือ เกิดความมุ่งมั่นต่อการรักษาพยาบาลด้วยแผนการรักษาที่เหมาะสม ได้แก่ทักษะการสื่อสาร ทักษะในการค้นหาข้อมูล ทักษะในการกระทำด้วยความมั่นใจ ทักษะในการตัดสินใจ ทักษะในการเผชิญปัญหาและทักษะในการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจสรุปได้ 4 ประเด็น (ดารณี จามจุรี, 2545) คือ

- 1) คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่
 - เจ้าหน้าที่สุขภาพใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก
 - ผู้ป่วย มีความตั้งใจที่ยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ
 - การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพและมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพตนเอง ขณะเดียวกับที่เจ้าหน้าที่สุขภาพจะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยไม่ควรมองข้ามอิทธิพลของสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย

2) สิ่งทีเกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อค่านิยม ประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจการยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่นทุ่มเท ทีมีส่วนร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยในการกระทำทีเกิดขึ้นในอนาคต

3) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการทบทวนองค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น 6 ขั้นตอนคือ

- การสร้างความร่วมมือ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันอันที่จะช่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการประเมินครองชีวิตของผู้ป่วยตามทัศนะของผู้ป่วยเองว่าผู้ป่วยมีมุมมองอย่างไร ต่อภาวะสุขภาพดีและไม่ดี อะไรที่ชอบ ไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะช่วยให้อาพยาบาลทราบภาพโดยทั่วไปของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และความปรารถนาของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสร้างพฤติกรรมใหม่ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของตน (Berger and Anderson – Harper and Kavookjan,2000:6) รวมถึงช่วยใ้บุคคลรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนตามความจริง และทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง(Gibson ,1995)

- การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้าน เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง เกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลที่ได้รับ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้อาพยาบาลมองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดียิ่งขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง จากเดิมที่คิดว่าไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไปสู่ความคิดที่ว่าตนไม่ได้ไร้ความสามารถทุกอย่าง บุคคลจะมีทางเลือกในการปฏิบัติ ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตน ความสามารถ ความถูกต้องของตน เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น กล่าวได้ว่าขั้นตอนนี้ไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็งมีความสามารถและมีพลังมากขึ้น (Gibson, 1995: 1203)

- การสนับสนุน เอื้ออำนวย ข้อมูล ความรู้ ทักษะ แหล่งทรัพยากรและสร้างแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผลและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติตามที่ตนได้ตัดสินใจ โดยความต้องการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรนั้น เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเองที่มองเห็นว่าสิ่งเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ ดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ

ตนเอง บทบาทของพยาบาลมิใช่ผู้จัดการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ ตามที่พยาบาลเห็นว่าเหมาะสม ต่อโรคหรือสภาพการเจ็บป่วย แต่บทบาทของพยาบาลคือการร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ถึงสิ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- การดำเนินการด้วยตนเอง ในขั้นตอนนี้บุคคลจะดำเนินการแก้ปัญหาหรือการกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมดีและดีที่สุด ซึ่งมีการเลือกหลายวิธีการ ขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของบุคคลต่างกันภายใต้เงื่อนไข(พนารัตน์ เจนจบ,2542: 29) คือ

- ก. เป็นวิธีการที่แก้ไขปัญหาให้ตนเองได้
- ข. สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ
- ค. ผู้ป่วยได้รับความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการตนเอง
- ง. ผ่านการร่วมปรึกษาและรับการยอมรับจากทีมสุขภาพ
- จ. เป็นวิธีที่สร้างความยินยอมและเปิดกว้างให้กับผู้อื่นนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

โดยแนวทางการดำเนินด้วยตนเอง(Gibson,1995)ประกอบด้วย

- ก. ถือว่าการดูแลเป็นการปกป้องตนเองที่เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน
- ข. เรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพกับทีมสุขภาพ
- ค. เรียนรู้ในการคงพฤติกรรมที่จะกระทำอย่างไม่ย่อท้อเพื่อผลดีที่สุดให้กับตนเอง
- ง. ดำเนินการต่อรองกับทีมสุขภาพเพื่อให้ความเห็นหรือความต้องการของตนได้รับการตอบสนอง
- จ. สร้างความรู้สึกร่วมกันมีส่วนร่วมการต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการเลือกและตัดสินใจในการรักษา จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยมีประโยชน์ จากทีมสุขภาพ จากการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธ์ภาพและการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นกับทีมสุขภาพช่วยให้การแก้ไขปัญหานั้นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

- การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้กระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนด้วยตนเองมากขึ้น ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gibson, 1995)

- 4) ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพได้แก่

- การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกรู้สึกของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะคาดหวังพฤติกรรม การแสดงออกที่หลากหลายรวมถึงการควบคุมตนเองและประสิทธิภาพในตน (Zimmerman, 1995 :585) โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ได้แก่ การนับถือตนเอง(Self -esteem) ความสามารถในการควบคุมตนเอง(Personal control) และความสามารถในตน(Self - efficacy)

- การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์ และกิจกรรมรวมกลุ่มเป็นคำที่ใช้อธิบายการกระทำของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Suk bling, 1998:31)

- การมีสุขภาวะที่ดี (Well- being) เป็นสภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคลจะมีสุขภาวะที่ดีได้แม้อยู่ในภาวะเปราะบางทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วย (Orem, 1995:184) การมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การที่ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตรงตามความเป็นจริง เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ ซึ่งผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดี นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Suk bling, 1998:280)

สรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่มุ่งเน้นความรู้ทักษะ โดยการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์และกิจกรรมรวมกลุ่ม รวมถึงการช่วยให้บุคคลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตามความเป็นจริงและทำความเข้าใจให้ถูกต้องตามข้อมูลข่าวสาร

2.3.การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ดังนี้ พนารัตน์ เจนจบ (2542) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จำนวน 10 รายพบว่าภายหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 เดือนและพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สำคัญพบว่ามี 8 ปัจจัยได้แก่ ความรักตนเอง ความตระหนักในความรับผิดชอบตนเอง ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความเชื่อในความสามารถตนเอง การ

เห็นคุณค่าในการกระทำที่มีประโยชน์ เช่นประสบการณ์ในอดีต ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในขณะนี้และการสนับสนุนทางสังคม

ดารณี จามจรี (2544) ได้ทำการวิจัยเรื่องการศึกษาพลังอำนาจผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทสังคมไทย เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ(Exploratory research) ด้วยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเชิงลึกกับผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำนวน 11 คน ผลการศึกษาพบว่าการสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ 1) ผลกระทบของการเจ็บป่วย 2) การขาดข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเอง 3) พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อการมีพลังอำนาจ ได้แก่ 1) แรงจูงใจ 2) ความหวัง 3) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น 4) ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง 5) พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ 6) การมีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคที่เป็นอยู่ 7) การยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

สำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

จารุวรรณ จินตามงคล (2541) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของGibson (1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นหาความจริง (Discovering reality) 2) การพิจารณาและไตร่ตรอง (Clinical reflection) 3) ความสามารถเป็นผู้ดำเนินการ (Taking charge) 4) การรักษาความรู้สึกมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ (Holding on)และปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Corrigan (1997) ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคมและใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผลของการวิจัยพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองภายหลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สิรินทร เชี่ยวโสธร(2545) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองแบ่งเป็น 4 กลุ่มๆละ 5 คนรวม 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คนใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของMiller (1992) นำมาพัฒนาโดยดารณี จามจรี (2544) ได้นำมาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทสังคมไทยซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างความร่วมมือ 2)การค้นหาสถานการณ์จริง 3)การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4)การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร 5)การดำเนินการด้วยตนเอง 6)การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง โดยพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตาม

เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และ โดยที่พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่รับการดูแลตามปกติ

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทสามารถเพิ่มความสามารถในการปรับตัวทำให้มีการเผชิญปัญหาดีขึ้น และมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้นหรืออาจกล่าวได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้

3. สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

3.1. ความหมาย

จากการทบทวนได้มีนักวิชาการให้ความหมายเกี่ยวกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดไว้ดังนี้ เมอร์เรย์และฮูล์สคอตเทอร์ (1991) ได้อธิบายสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยบุคคลหนึ่งจะเป็นผู้ให้หรือช่วยให้อีกคนหนึ่งพัฒนาหรือเจริญเติบโตมีวุฒิภาวะ ปรับตัวได้ สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นและอยู่ในโลกปัจจุบันอย่างมีความหมาย โดยใช้ความรู้และทักษะวิชาชีพ

สวูเนีย เกี่ยวกิงแก้ว (2544) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาชีวิตได้เกิดทักษะชีวิตใหม่ เกิดการเรียนรู้ใหม่ แก้ไขความคิดทัศนคติและความรู้สึกที่ไร้เหตุผลอันเป็นผลจากประสบการณ์ชีวิต โดยพยาบาลใช้ตนเองและเทคนิคการสื่อความหมายเป็นเครื่องมือเพื่อช่วยผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ทัศนคติความรู้สึกที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย(2545) กล่าวว่าสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีเป้าหมายเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตจึงมุ่งการแก้ปัญหาทางจิตสังคม ซึ่งพิจารณาจากความต้องการการช่วยเหลือของบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาสภาวะทางอารมณ์และวุฒิภาวะ โดยอาศัยความรู้ประสบการณ์ และการรับรู้ของพยาบาลเป็นเครื่องมือให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดอารมณ์ พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติ

สรุปได้ว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลืออย่างมีเป้าหมายระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการทางจิต ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งโดยมีพยาบาลเป็นผู้ริเริ่ม เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัวได้อยู่กับบุคคลอื่นในสังคมและสามารถพัฒนาตนเองต่อไป โดยพยาบาลใช้ความรู้ทักษะเชิงวิชาชีพ ตลอดจนการใช้ตนเองเพื่อเป็นสื่อในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

3.2. แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพลบลาว

เพลบลาวได้เริ่มต้นคำจำกัดความของการพยาบาลในหนังสือเรื่อง Interpersonal Relations in Nursing (1952) ไว้ดังนี้ การพยาบาลเป็นกระบวนการสัมพันธภาพที่มีความหมายส่งผลในทางการบำบัดรักษาและทำหน้าที่ร่วมกับกระบวนการอื่นๆของมนุษย์ ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีได้ การพยาบาลเป็นเสมือนเครื่องมือในการให้ความรู้เป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้บุคคลิกภาพมีการสร้างสรรค์ให้เป็นรูปร่าง มีความเป็นเฉพาะบุคคลและมีชีวิตอยู่ในชุมชนได้ โดยสาระสำคัญในทฤษฎีกระบวนการระหว่างบุคคลมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

บุคคล (Person)

บุคคล คือ สิ่งมีชีวิตที่อาศัยอยู่ในความไม่สมดุลย์ โดยการมีชีวิตอยู่นั้นอาศัยกระบวนการต่อสู้เพื่อให้เกิดความสมดุลย์ (Peplau, 1952 :82)นอกจากนี้เพลบลาวได้กล่าวเน้นว่าพฤติกรรมของบุคคลทุกอันมีเป้าหมายเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เมื่อความต้องการของบุคคลถูกขัดขวางและเพื่อให้ตนได้รับความต้องการในขั้นสูงขึ้นกว่าเดิม พฤติกรรมเหล่านี้มีพื้นฐานมาจากลักษณะสัมพันธภาพในอดีตของเขาเองและประสบการณ์การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้เองเป็นพื้นฐานที่สำคัญของพฤติกรรมการดำรงรักษาตน(self - maintenance)

สุขภาพ (Health)

สุขภาพเป็นคำสัญลักษณ์อย่างหนึ่ง ที่แสดงถึงการเปลี่ยนบุคลิกภาพในทางบวกและเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีทิศทางอย่างสร้างสรรค์ ริเริ่ม มีรูปร่าง มีผลิตผล มีความเป็นส่วนตัวและเกี่ยวกับชุมชนได้ (Peplau,1952:12) เพลบลาวเสนอแนะว่าพฤติกรรมที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีและสามารถผสมผสานประสบการณ์ในชีวิตของตน ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์เจ็บป่วยก็ได้ ในทิศทางที่เกิดประโยชน์ต่อตนเอง

สิ่งแวดล้อม (Environment)

สิ่งแวดล้อมในความหมายของเพปพลาว จะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆภายนอกตัวบุคคลและในบริบทของวัฒนธรรม ค่านิยมของสังคมนั้นเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพของบุคคล ตั้งแต่เกิดจนตายสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อสุขภาพของคน คือสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพปพลาวยังกล่าวอีกว่าโรงพยาบาลเป็นเสมือนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม โดยมีสิ่งแวดล้อมด้านสัมพันธภาพที่สำคัญคือ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Peplau, 1952)

การพยาบาล (Nursing)

การพยาบาล เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่มีความสำคัญในการบำบัดรักษา โดยมีหน้าที่ในการร่วมกับกระบวนการอื่นๆของมนุษย์ด้านสุขภาพสำหรับบุคคล โดยเฉพาะในสถานการณ์ในการให้บริการด้านสุขภาพ (Peplau, 1952) ดังได้กล่าวแล้วว่าภาวะสุขภาพสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความวิตกกังวล การลดความวิตกกังวลเป็นผลให้เกิดภาวะสุขภาพดีขึ้นอยู่กับการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สถานการณ์ที่เป็นปัญหาอย่างถูกต้อง ระบุและผสมผสานความคิดความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ต่างๆได้ รวมทั้งการลดระดับความวิตกกังวลของตน โดยการพัฒนาทักษะที่จำเป็นการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลนั้นมีพื้นฐานจากแนวคิดร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ว่าประสบการณ์การเจ็บป่วย เป็นทางนำไปสู่การเจริญเติบโตและพัฒนาการได้พยาบาลก็จะปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารและการรับรู้ตนเอง การปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่จะเน้นที่กระบวนการสร้างและรักษาสัมพันธภาพเต็มไปด้วยความไว้วางใจ (Trust) และเน้นที่เป้าหมายที่กำหนดไว้ (Goal-oriented) เกี่ยวกับการลดระดับความวิตกกังวลที่มีอยู่ในผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

สรุปได้ว่าเพปพลาวได้กล่าวถึงมโนทัศน์เกี่ยวกับบุคคล สิ่งแวดล้อม การพยาบาล และสุขภาพโดยมีจุดเน้นที่ว่าเป็นกระบวนการบำบัดที่พยาบาลจะต้องลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมดุลให้ได้โดยอาศัยสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นพื้นฐานในการช่วยเหลือตามเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดไว้

3.3. ขั้นตอนของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว กล่าวถึงระยะของกระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลโดยมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีพัฒนาการ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่าง

บุคคลและทฤษฎีการเรียนรู้โดยเพปพลาวแบ่งระยะของการพยาบาลหรือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็น 4 ระยะ (Peplau,1952) คือ

1) **ระยะเริ่มต้น(Phase of orientation)**ในระยะเริ่มต้นพยาบาลและผู้รับบริการพบกันในลักษณะของคนแปลกหน้า ในระยะนี้พยาบาลและ/หรือครอบครัว มีความรู้สึกหรือความต้องการบางประการ พยาบาลต้องช่วยเหลือให้เขาค้นพบความรู้สึกหรือความต้องการนี้ ในระยะแรกผู้รับบริการอาจไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่ารู้สึกหรือต้องการอะไร ซึ่งความแตกต่างระหว่างบุคคลทำให้เกิดปฏิกิริยาที่แตกต่างกันต่อความเจ็บป่วย โดยประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐาน 2 ประการคือ ผู้ป่วยมีความรู้สึกต้องการเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพอาจมากน้อยแล้วแต่บุคคลและประการที่สองคือ พยาบาลต้องคิดค้นหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญกับปัญหา โดยการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการและครอบครัวที่จะค้นพบทำความเข้าใจและกำหนดปัญหาที่แท้จริงได้ ในระยะนี้ความผูกพันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการจะเกิดขึ้นและดำเนินต่อไปความผูกพันนี้จะมีคามมั่นคงมากขึ้น และทั้งฝ่ายจะรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกัน ซึ่งในระยะสุดท้ายของระยะเริ่มต้นทั้งสองฝ่ายจะค้นพบปัญหาและมีความคุ้นเคยกันมากขึ้นผู้รับบริการอยู่ในบรรยากาศของการช่วยเหลือและทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะร่วมมือกันดูแลสุขภาพต่อไป

2) **ระยะระบุปัญหา (Phase of identification)**ระยะระบุปัญหาเป็นระยะที่ผู้รับบริการมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือแก่เขาได้ ซึ่งผู้รับบริการแต่ละคนมีการตอบสนองที่แตกต่างกันตามการพยาบาล ตลอดระยะเวลาระบุปัญหานี้ผู้รับบริการจะเริ่มยอมรับปัญหาและรู้สึกว่าเขาสองมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งทำให้ความรู้สึกหมดหนทางหรือหมดหวังบรรเทาลง รู้สึกว่าเขาเองเป็นผู้หนึ่งที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง

3) **ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Phase of exploitation)** การแก้ไขปัญหาคือการใช้บริการทางการพยาบาลขึ้นอยู่กับความสนใจ และความต้องการของผู้รับบริการพยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือในการค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่พบทำความเข้าใจและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม ตลอดระยะเวลาของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจะต้องให้การยอมรับห่วงใยความเอาใจใส่และความซื่อสัตย์ ถึงแม้จะต้องใช้ความพยายามกระตุ้นให้ผู้รับบริการตระหนักและสำรวจความรู้สึกความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยพยาบาลต้องใช้ความชำนาญในการใช้เทคนิคในการใช้การสื่อสารเช่น การทำความเข้าใจ การฟัง การยอมรับและการแปลความหมาย

และนำเทคนิคเหล่านั้นมาใช้ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้ผู้รับบริการค้นพบความสามารถตนเองและนำมาพัฒนาความสามารถในการปรับตัว แก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด

4) ระยะเวลาสรุปผล (Phase of resolution) เป็นระยะสุดท้ายของการพยาบาลที่ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองแล้ว โดยความร่วมมือจากทั้งผู้รับบริการและพยาบาลเป็นการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยถ้าผู้รับบริการสามารถได้รับการดูแลตนเองได้อิสระโดยไม่ต้องรับความช่วยเหลือจากพยาบาล แสดงว่าผู้รับบริการเกิดการพัฒนาและเป็นความสำเร็จของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทุกระยะด้วย ผู้รับบริการจะมีความสมดุลย์ทางอารมณ์

สรุปแนวคิดเรื่องทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ซึ่งสัมพันธภาพนี้เป็นเครื่องมือและการบำบัด ในด้านการเป็นเครื่องมือที่พยาบาลใช้สัมพันธภาพในการติดต่อ ค้นหา และทำความเข้าใจผู้รับบริการ ส่วนการบำบัดนั้นพยาบาลใช้สัมพันธภาพทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจในตัวเอง ยอมรับตัวเอง และนำศักยภาพออกมาใช้ในการดูแลตนเอง ซึ่งแนวคิดที่จะช่วยให้ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการตอบสนองแบบสองทาง อันจะส่งเสริมให้พยาบาลและผู้รับบริการตระหนักถึงความสามารถและคุณค่าในการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือและทัศนคติที่ดีต่อบริการทางสุขภาพ

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและประชาชนมากที่สุดและได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคลากรที่มีศักยภาพที่จะเคลื่อนไหวที่จะส่งเสริมสุขภาพแบบใหม่ (Benson and Latter, 1998:100 citing WHO 1989) ดังนั้นจึงมีโอกาสมากที่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของบุคคล จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องพัฒนาปรัชญา เพื่อให้พยาบาลสามารถที่จะปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ประชาชนได้ (Rodwell, 1996:311-312) โดยเป้าหมายของการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังประกอบด้วย การควบคุมโรคและการรักษาพยาบาลตามอาการ เพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือผู้ป่วยให้เพิ่มขีดความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เหมาะสม รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง การดำรงไว้และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย หมายถึงความสามารถที่จะแสดงบทบาทที่มีความสำคัญต่อตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีค่า มีความรู้สึกถึงความอิสระ มีความรู้สึกพึงพอใจกับตนเองมีความรู้สึกถึงการมีสุขภาพที่ดีแม้มีข้อจำกัดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537 อ้างถึงใน ดารณี จามจรี, 2545)

ถึงแม้ว่าจะมีผลกระทบด้านลบที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยเรื้อรังเช่นความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย สภาพร่างกายและจิตใจที่แย่ง การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น บทบาทที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้มีการปรับตัวให้เข้ากับภาวะเจ็บป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเผชิญความเจ็บป่วยได้ ผู้ป่วยมองเห็นว่ายังมีแหล่งช่วยเหลือและทรัพยากรมากมายที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถที่จะควบคุมชีวิตของพวกเขาได้ ซึ่งตามนัยดังกล่าว คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (दारणी जामजूरी,2545)

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดจากความเชื่อที่ว่า ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจดังกล่าวข้างต้น ซึ่งการสูญเสียพลังอำนาจได้ถูกจัดให้เป็นส่วนหนึ่งของการวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยแสดงอยู่ในการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ NANDA (The North America Nursing Diagnosis Association) แบ่งกลุ่มตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ ซึ่งได้จัดการสูญเสียพลังอำนาจอยู่ในแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Atkinson and Murray, 1995:339-342) เนื่องจากความรู้สึกถึงความสูญเสียพลังอำนาจมีผลขัดขวางการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาล ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการสูญเสียพลังอำนาจในตัวผู้ป่วย (दारणी जामजूरी,2545)

โดยที่ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่าเขาติดต่อกับคนอื่นทางสังคม อยาที่จะต้องใช้ยารักษาโรคจิตไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมต้องพึ่งพิงเป็นภาระ ก่อให้เกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจ(Conger and Kanungo,1988)และเชื่อกันว่าผู้ป่วยจิตเวชจำนวนหนึ่งประสบปัญหาและความยุ่งยากในชีวิต เพราะการพัฒนาการด้านจิตสังคมไม่สมบูรณ์และเรียนรู้มาผิดๆจึงทำให้เขาเกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ดังนั้นการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดการเรียนรู้ใหม่เกี่ยวกับปัญหาชีวิตที่ประสบ เรียนรู้ใหม่เกี่ยวกับบุคคลอื่นการเรียนรู้ที่ถูกต้องจะช่วยเปลี่ยนความคิดทัศนคติที่มีต่อตนเองและผู้อื่น ช่วยให้เขามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง เพื่อที่เขาสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างสร้างสรรค์ต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ โดยใช้ความเชื่อถือไว้วางใจเป็นพื้นฐาน (สุวรรณีย์ เกียวกิ่งแก้ว,2544) ดังนั้นการใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยพยาบาลอาศัยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบตัวต่อตัว(One to one relationship) ซึ่งเป็นสัมพันธภาพที่มีพื้นฐานจากการไว้วางใจจากผู้ป่วยและวางเป้าหมายร่วมกัน จะนำไปสู่กระบวนการพยาบาลเพื่อการบำบัดโดยเพบพลาวกล่าวไว้ 4 ขั้นตอนคือ 1) ระยะเริ่มต้น(Phase of orientation) 2) ระยะระบุปัญหา

(Phase of identification) 3) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Phase of exploitation) 4) ระยะสรุปผล (Phase of resolution) จะส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเภทในการปรับตัวและการจัดการกับความเจ็บป่วย เรียนรู้ปัญหาาร่วมกัน สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ถูกต้องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพ รวมถึงการดูแลตนเองโดยมีพลังในการตัดสินใจในการมีส่วนร่วมกับการรักษา ในที่สุด

5. คุณภาพชีวิต

5.1 ความหมาย

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้างและซับซ้อนเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ.2525 ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำคือ “คุณภาพ” หมายถึงลักษณะที่ดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ “ชีวิต” หมายถึงความเป็นอยู่ ดังนั้น “คุณภาพชีวิต” หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

Ferrans & Powers (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิตและการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่างๆในชีวิต

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลในชีวิตภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมที่เขาอาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล

Spiker (1990 cited in Oliver et al. 1999) ได้ศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิตได้แก่ 1) สภาวะสุขภาพทางกาย (Physical health status) 2) ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) 3) สภาวะทางจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดี (Psychological status and well-

being) 4) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม(Social interaction) 5) สถานภาพทางเศรษฐกิจ(economic status)

Padilla & Grant (1985) ให้นิยามคุณภาพชีวิตไว้กว้างๆว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก (well-being) ความสุข (Happiness)และความพึงพอใจ (Satisfaction)ในชีวิตตนเอง

Ware (1984) ได้กำหนดความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นศูนย์กลางที่มีลำดับขั้นตอนที่แสดงให้เห็นผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ของบุคคล ความรู้สึกเป็นอยู่ที่ดี ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ รวมถึงการเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและท้ายสุดคือบทบาทและการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญ โดยเริ่มจากบุคคลแต่ละบุคคลไปจนถึงระดับสังคม

พิบูล นันทชัยพันธ์(2539) ได้ชี้ให้เห็นถึงคุณลักษณะที่สำคัญของคุณภาพชีวิตได้หลายประการดังนี้

1) คุณภาพชีวิตเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นการรับรู้ เป็นความรู้สึกของบุคคลซึ่งเกิดจากความรู้และประสบการณ์เดิม โดยเปรียบกับผู้อื่น ผู้ที่ตัดสินได้ดีที่สุดควรมีคุณภาพชีวิตหรือไม่เพียงใด ก็ควรเป็นบุคคลผู้เป็นเจ้าของชีวิตนั่นเอง

2) คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แสดงถึงการมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของคุณภาพชีวิตได้แก่ สถานการณ์ปัญหาครอบครัวและสังคม แหล่งประโยชน์และทรัพยากร ตลอดจนวัตถุประสงค์ของต่างๆสำหรับปัจจัยด้านบุคคลของคุณภาพชีวิตประกอบด้วยภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยหรือสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ความรู้สึกนึกคิด(Cognitive ability) และศักยภาพ รวมถึงความสามารถของตนเองในการจัดการควบคุมและจัดการกับชีวิตและสถานการณ์

3) คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ (Multidimension construct) และมีความซับซ้อน (Complex) จึงต้องพิจารณาแบบองค์รวม (Holistic) ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าใครให้ความสำคัญกับเรื่องใดเป็นพิเศษ

4) คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นพลวัต (dynamic) ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปในกระบวนการของชีวิต ซึ่งความไม่คงที่นี้เป็นลักษณะของกระบวนการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตในช่วงชีวิตต่าง ๆ ก็อาจมีผลแตกต่างกันได้

5) คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health) โดยภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต นั่นคือภาวะสุขภาพถือเป็นองค์ประกอบหรือเป็นมิติของคุณภาพชีวิต

Katsching et al.(1997)ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุก ความสุข และความพึงพอใจในชีวิต เป็นคุณลักษณะที่บุคคลแสดงออกทั้งในทางบวกและทางลบ

สรุปคุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ต่อสิ่งที่เป็นองค์ประกอบของชีวิตที่แต่ละบุคคลให้ความสำคัญทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ภายใต้วฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล

5.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

Ferrans & Powers 1985,1992 ได้วิเคราะห์ปัจจัย (Factors analysis) องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ George & Bearon แล้วสรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบคือ

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and function) เกี่ยวกับสุขภาพความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่างๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการรับมือต่อครอบครัว ความสามารถในการเดินทาง สุขภาพต่อตนเอง ความเครียด หรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคลประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ เพื่อนบ้านสภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการศึกษา

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/Spiritual) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่างๆในชีวิต ประกอบด้วยความพึงพอใจในตนเอง ความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตนเอง ความศรัทธาในศาสนา

4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วยความสุขในครอบครัวบุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัวคู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตและมีการปรับปรุงพัฒนามาเป็นลำดับ แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพเป็น 6 ด้านคือ

- 1) ด้านร่างกาย ในเรื่องของความเจ็บปวด ไม่สบาย เมื่อยล้า การนอนหลับพักผ่อน
- 2) ด้านจิตใจ ความคิด การเรียนรู้ ความจำ การมีสมาธิ ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกทางบวก ความรู้สึกทางลบ
- 3) ด้านความเป็นอิสระ การเคลื่อนไหว กิจกรรมประจำวัน การใช้ยาหรือการรักษา ความสามารถในการทำงาน
- 4) ด้านสัมพันธภาพได้แก่ สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมทางเพศ
- 5) ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยความปลอดภัย สิ่งแวดล้อมในบ้าน แหล่งเงินทุน การเดินทาง การดูแลทางสุขภาพและสังคม โอกาสการได้รับข้อมูลข่าวสาร
- 6) ด้านจิตวิญญาณประกอบด้วยความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม

Zhan (1992) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้านคือ

- 1) ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไปเป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทุกด้านของชีวิต บุคคลจะรับรู้โดยองค์รวม ถึงความแตกต่างโดยเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง อาจกล่าวได้ว่าเป็นประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอก โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล
- 2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวมหรือรายด้านในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก
- 3) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรคและสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายอาทิ ความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมประจำวัน การเคลื่อนไหว

4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมคือสถานภาพทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิตซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ (Resource) ที่บุคคลสามารถหาได้จากองค์ประกอบสามประการคือ การศึกษา อาชีพรายได้

สรุป คุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยองค์ประกอบหลายองค์ประกอบ ซึ่งมีความหมายมีความแตกต่างกันตามแต่ละแนวคิด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans & Powers (1985) ซึ่งมีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว

5.3. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้าน การแพทย์ การพยาบาล เศรษฐกิจ สังคม เพราะเป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ อาจต้องพึ่งพาญาติหรือครอบครัวหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ รวมทั้งสังคม การพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญของการบริการสุขภาพ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ในระยะยาว พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเรื้อรัง และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรจัดมีกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังต่อไปนี้(จริยาวัตร คมพยัคฆ์ ,2535;สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ,2537; จินตนา ยูนิพันธุ์,2542)

1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมมือกันในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้เลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติลงมือกระทำตามวิธีการเลือกด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเองและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจและสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองได้

2) สอนและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ ลักษณะอาการที่จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและแนะนำความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการ วิธีสังเกตอาการให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจและการป้องกันการเกิดอาการ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้เพราะครอบครัวถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อผู้ป่วย

3) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะญาติพี่น้องและบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและคำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการเอาใจใส่ การสนับสนุนให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยเป็นบางครั้ง ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้

4) จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตได้อย่างเหมาะสม

5) การวางแผนการสอนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะทางสังคมเช่น การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ฝึกการทำงาน ฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับปัญหา ร่วมกับให้คำแนะนำให้ผู้ป่วย เข้าใจในปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญและนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตได้

6) ให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น ให้ข้อเสนอแนะการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม สรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและดูแลตนเองที่บ้านได้เป็นเวลานาน (Lubkin, 1986)

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์(2537) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตไว้

1) ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย คือ การสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมุ่งให้ผู้ป่วยปฏิบัติเองได้ รวมทั้งครอบครัวและชุมชนให้การช่วยเหลือ หาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยนั้นต้องราคาถูกและมีประโยชน์

2) การพยาบาลยึดแนวทางในการป้องกัน พื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อมิให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือช่วยให้การดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองแม้ว่าจะมีความพิการเกิดขึ้นแล้วก็ตาม

3) พยาบาลต้องให้การพยาบาลโดยอาศัยผลงานวิจัย เพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาลทั้งในสถานบริการและในชุมชนวิธีการต่างๆ จะต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้ผลคุ้มค่าและมุ่งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากที่สุด

4) การให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งจะต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

วิมาพร มาพบสุข(2540) ได้เสนอแนวทางการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1) การปรับปรุงคุณภาพชีวิตโดยรัฐบาล การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นหน้าที่โดยตรงของรัฐบาลในการปกครอง ปรับปรุง พัฒนา และแก้ไขปัญหาทุกด้านที่เกิดขึ้นในประเทศ โดยเน้นการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรไทยเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาประเทศ

2) การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยบุคคลและครอบครัววิธีการปฏิบัติตนเพื่อเป็นคนมีคุณภาพ และปฏิบัติตนเพื่อเป็นพื้นฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือรักษาสุขภาพอนามัย การมีแนวความคิดและเจตคติที่ดีในการดำรงชีวิต การมีคุณธรรมจริยธรรม การให้ความร่วมมือ สนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาตนเองพัฒนาครอบครัว พัฒนาชุมชนและพัฒนาสังคม

Lubkin (1986) ให้ข้อเสนอแนะกว้างๆเกี่ยวกับการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไว้ดังนี้

1) พยาบาลต้องให้การสนับสนุน โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อที่บ้านและครอบครัว สามารถกระทำกิจกรรมดูแลตนเองที่จำเป็น ต้องมีความสามารถประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านและสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ความสามารถและการกระทำของพยาบาลในสิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรังได้และดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานานได้

2) พยาบาลต้องคำนึงถึงวิถีของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล การที่พยาบาลต้องรู้เกี่ยวกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพ ความแข็งแกร่ง ความชอบ ความไม่ชอบ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาวะเรื้อรังของโรค จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3) พยาบาลต้องยึดถือปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเน้นการให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการไม่เฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น ควรให้ความสำคัญต่ออาการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและด้านวัฒนธรรม ให้ครอบครัวสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระยะการเจ็บป่วยนาน มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพก้าวหน้าไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยจึงต้องมีช่วงเวลาเข้าและออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะ พยาบาลจึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างละเอียด ในทุกๆด้านเพื่อให้ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ต้องได้รับโอกาสและการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับการประเมิน การวางแผนการพยาบาลและที่สำคัญที่สุดคือการที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วมในการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามการพยาบาล ตามแผนการพยาบาลนั้นดีกว่าทำให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่ได้กำหนดขึ้น

4) พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งบทบาทดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล

5) พยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล ประเด็นสำคัญในการทำงานเป็นทีมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

- ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเป็นสมาชิกทีมสุขภาพ
- การส่งเสริมการสื่อสารภายในทีม
- การกำหนดเป้าหมายของการทำงานเป็นทีม

สรุป ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้นั้น ต้องมีความเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อที่จะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยพยาบาลต้องตระหนักถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจะต้องครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นรวมทั้งพยาบาลจำเป็นต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้แม้ในยามเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขในชุมชน

5.4 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์ในด้านต่างๆดังนี้

1) ประเด็นการศึกษาในลักษณะสำรวจคุณภาพชีวิต และเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยอื่นและกลุ่มคนปกติสรุปได้ดังนี้

พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มบุคคลทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย (Mercier et al 1998; Bobes & Gonzales, 1997; Lehman et al, 1986) และมีการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ซึ่งประเมินจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (Bobes, 1996 cited in Katsching et al. 1997) และพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 84-85 ที่ประเมินว่าไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในชุมชน (Gupta et al. 1998; Skanze, 1990 cited in Gupta et al. 1998) และการศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างแต่ละภูมิภาค Green et al. (2001) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างรัฐ Casablanca ประเทศโมร็อกโคและเมืองพอตแลนด์ในประเทศอเมริกา จำนวน 344 คน โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Biglow et al. (1991) ซึ่งประเมินคุณ

ภาพชีวิต 10 ด้านคือ ด้านความตึงเครียดทางจิตใจ ความผาสุกทางใจ ความอดทนต่อความตึงเครียด ความพอใจกับความต้องการพื้นฐาน ความเป็นอิสระ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การทำงาน ความสามารถในการทำงาน การใช้เวลารว่าง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในประเทศอเมริกามีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยในประเทศโมร็อกโก ส่วนในประเทศไทยจากการศึกษาของจันทรา วีระสมบุญณ์(2539)ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชตามกรอบแนวคิดของBruckhardt (1982) ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต ความพึงพอใจเฉพาะเรื่องของชีวิต และคุณภาพชีวิตโดยรวมผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มาเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในต่างประเทศประเด็นที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินว่าไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิตในชุมชน ซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละประเทศ ซึ่งได้แก่ ด้านความปลอดภัย เศรษฐกิจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภายในครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่และการทำงาน การทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ ความพึงพอใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความอิสระ ความสนุกสนานและความรัก ปัญหาด้านสุขภาพจิต ความรู้และการศึกษา ศาสนาและสุขภาพร่างกาย(Meltzer et al.1990;Skanze et al. 1992;Sullivan et al.1992 ;Katsching, 2000) ส่วนในประเทศไทยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง

2) ประเด็นการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบที่ใช้ในการพิจารณาคูณภาพชีวิต ซึ่งมีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังต่อไปนี้

Green et al.(2001)ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างรัฐCasablanca ประเทศโมร็อกโกและเมืองฟอตแลนด์ในประเทศอเมริกาจำนวน 344 คน โดยศึกษาคูณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของBiglow et al. (1991) ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิต 10 ด้าน คือด้านความตึงเครียดทางจิตใจ ความผาสุกทางใจ ความอดทนต่อความตึงเครียด ความพอใจกับความต้องการพื้นฐาน ความเป็นอิสระ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การทำงาน ความสามารถในการทำงาน การใช้เวลารว่าง

Caron et al. (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลQuebec ประเทศแคนาดาจำนวน 60 ราย โดยศึกษาคูณภาพชีวิตตามแนวคิดของBaker

and Intagliata (1982)แบ่งเป็น 5 ด้านคือด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความเป็นอิสระ การทำกิจกรรมเวลาว่าง เพื่อนบ้าน และสัมพันธภาพทางสังคม

Barry & Crosby (1996) ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 34 ราย เป็นการศึกษาระยะยาว ศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของLehman et al. (1982) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตทั้งหมด 8 ด้านคือ สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพทางสังคมกิจกรรมเวลาว่าง การทำงาน การเงิน ความปลอดภัย สุขภาพ

Norman et al. (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิต การทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนจำนวน 128 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในรัฐ ออนตาริโอ ประเทศแคนาดา โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของHeinrichs et al. (1984) แบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 4 มิติ คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำตามบทบาทและหน้าที่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและ พื้นฐานภายในจิตใจ

นิตยา ตากวิริยะนนท์และชื่อนุสน สุชีวัน (2536) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลประสาทสงขลา จำนวน 122ราย และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์จำนวน 130 รายโดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของFerrans & Powers (1992) ซึ่งวัดความพึงพอใจในองค์ ประกอบ 4ด้านคือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

Ruggeri et al. (2001) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของOliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 9 ด้าน คือ ด้านการทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อ ด้านศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และสุขภาพ

Gupta, et al.(1998) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 90 ราย ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันวิจัยทางการแพทย์ ประเทศอินเดีย โดย

ศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของEndicott et al.(1993) โดยแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 8 ด้านคือ สุขภาพร่างกาย การรับรู้ความผาสุก กิจกรรมเวลาว่าง สัมพันธภาพทางสังคม การทำกิจกรรมทั่วไป การทำงาน การทำกิจกรรมเวลาว่าง และการเรียน

สรุปได้ว่า ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทโดยมีการศึกษาองค์ประกอบด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำตามบทบาทหน้าที่ สภาพทั่วไปในการดำรงชีวิต การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและพื้นฐานด้านจิตใจ ซึ่งจะแตกต่างแต่ละแนวคิดแต่ที่คล้ายคลึงกันคือการประเมินทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไปและปัจจัยที่สัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง สำหรับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ Ferrans & Powers (1985,1992) ประกอบด้วย 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 4) ด้านครอบครัว และมีอีกหลายแนวคิด ซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การศึกษาของผู้วิจัย ถึงแม้ว่าในการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะมีแนวคิดทฤษฎีที่แตกต่างกันไปบ้างก็มีมิติที่เหมือนกันและเป็นการประเมินครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย

5.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่ามียุปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดังนี้คือ อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต ลักษณะอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Tardive dyskinesia) (Browne et al.1996) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล(Bobs & Gonzalaze, 1997;Browne et al.1996) การใช้สารเสพติดพวกแอลกอฮอล์ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Sullivan et al.1992;Mercier & King,1994) การถูกตำหนิหรือวิจารณ์จากบุคคลในครอบครัว (Sullivan et al.1992) ความพร้อมในการดูแลตนเอง (นิตยา ตากวิริยะนันท์และชนสมุน สุชีวัน,2535) การรับรู้ตราบาป(stigma)(Katschnig,2000)มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ สมรรถภาพด้านสังคม สมรรถภาพด้านการดำรงชีพมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวช (จันทรา ธีระสมบุญ,2539) และพบว่าระบบการให้บริการของโรงพยาบาล(Ruggeri et al ,2002) และระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (Baker, Jodrey & Intagliata, 1982) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) และความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) (Day & Jankey,1996 cited in Oliver et al.1999) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

นอกจากนี้จากการศึกษาของLehman et al. (1997) ยังพบว่าเชื้อชาติเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ส่วนCaron et al.(1998) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตร้อยละ 78.8 และพบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงกับคุณภาพชีวิตด้านความมีอิสรภาพ เพื่อนบ้าน และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ความบกพร่องในการทำหน้าที่ สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ความสนุกสนานในการทำหน้าที่ (Ho et al.1998) สอดคล้องกับการศึกษาของ Browne et al.(1996) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตและข้อค้นพบดังกล่าวยังพบว่า การสนับสนุนจากการศึกษาของ Barry & Crosby (1996) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในด้านสัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 44 กิจกรรมเวลาว่างร้อยละ 53 และด้านสุขภาพกับความปลอดภัยร้อยละ 54 นอกจากนี้ Norman et al.(2000)ยังพบว่าเพศหญิง อาการทางลบ สิ่งแวดล้อมของบ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่าสถานภาพสมรสคู่ สิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ ยังพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(Arn & Liney ,1993;Hansson et al.1999; Ruggeri et al.2002) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Arn & Liney ,1993) อายุ (Mercier et al. 1998;Ruggeri et al.2002) ระดับการศึกษา (Vandiver,1998;Tempier et al.1998) รายได้ของครอบครัว (Mercier & King,1994) ก็มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของหงส์ บรรเทิงสุข (2545) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ เพศหญิง ความเพียงพอของรายได้

สรุป ปัจจัยที่สัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตได้แก่ อาการข้างเคียงจากยา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล อาการทางลบ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกได้แก่ ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม โดยที่โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผู้วิจัยได้ประยุกต์ปัจจัยต่างๆในการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการทางลบ อาการลบ การส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วย รวมถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเชื่อว่าจะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

6.การเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับคุณภาพชีวิต

การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพเป็นการเพิ่มความสามารถและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเอง ในฐานะหุ้นส่วน

ของระบบบริการสุขภาพด้วยการช่วยผู้ป่วยตระหนักจุดแข็งในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากทีมสุขภาพ(ดารณี จามจรี,2544)โดยผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพมีดังต่อไปนี้

1) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบาย ลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกรู้สึกของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อ พฤติกรรมการแสดงออกที่หลากหลายรวมถึงการควบคุมตนเองและประสิทธิภาพในตน

(Zimmerman, 1995 : 585)โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ได้แก่ การนับถือตนเอง(Self - esteem) ความสามารถในการควบคุมตนเอง(Personal control) และความสามารถในตน(Self - efficacy)

2) การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ที่เน้นความรู้ และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกัน ระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์ และกิจกรรม รวมกลุ่มเป็นคำที่ใช้อธิบายการกระทำของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Suk bling, 1998:31)

3) การมีสุขภาพที่ดี (Well- being) เป็นสภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีได้แม้อยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วย (Orem, 1995:184) การมีสุขภาพที่ดีหมายถึงการที่ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตรงตามความเป็นจริง เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ ซึ่งผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลต่อสุขภาพที่ดี นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Suk bling, 1998:280)

โดยสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในระบบการรักษาพยาบาล จะเกิดขึ้นด้วยพื้นฐานของการเคารพซึ่งกันและกันความไว้วางใจ และการให้คุณค่าที่เท่าเทียมกัน (Malin and Teasdale 1991) และจากการศึกษาของซัลลิแวน (Sullivan et al.1992) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีทักษะทางสังคมด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลสูงจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

การเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด สามารถสร้างเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท มีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยตนเองอย่างเต็มความสามารถ รวมถึงการที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้สัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด เรียนรู้ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะของการแยกตัว ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะสัมพันธ์ภาพทำให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งความสามารถในการกระทำด้วยตนเองในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ

จารุวรรณ จินตามงคลได้ทำการวิจัยผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของGibson 1995 และปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของCorrigan 1997ร่วมกับปัจจัยทางจิตสังคมและใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดผลของการวิจัย พบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจและการใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท การที่ผู้ป่วยจิตเภทปรับตัวได้ดีแสดงว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการยอมรับการเจ็บป่วยและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กระทำสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาไม่แต่จะช่วยป้องกันการกำเริบซ้ำเท่านั้น ยังช่วยในการพยากรณ์โรคในระยะยาวอีกด้วย (Agarwal et al.1998) ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีสถานะสมบูรณ์ทางร่างกายจิตใจ จะมีผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดี (Well-being) ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Suk bling,1998) พอสรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของดาร์ณี จามจุรีและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ร่วมกับแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau (1952) ซึ่งจากการที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีกิจกรรมทั้งหมด 6 ขั้นตอนคือ

- 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นสิ่งแรกที่พยาบาลจิตเวชต้องกระทำเป็นอย่างยิ่งในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต้องสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ โดยอาจแสดงออกมาในรูปแบบของการให้ความร่วมมือ หรือลดการขัดแย้งโดยเริ่มต้นจากการพูดคุยเรื่องทั่วไปความเป็นอยู่ในการสร้างสัมพันธภาพอาจเริ่มต้นแบบค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่ขาดความไว้วางใจต่อบุคคลอื่น ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องมีการเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากพยาบาลและ รวมถึงสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อไป ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีนั้นเป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางจิตและมีโอกาสได้รับการสนับสนุนทางสังคมได้มากขึ้น

2) การสร้างปฏิสัมพันธ์ในการค้นหาสถานการณ์จริงในผู้ป่วย เป็นการที่พยาบาลใช้กระบวนการกลุ่มในการค้นหาปัญหา ในการเผชิญกับความเจ็บป่วยในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทมีอะไรบ้าง เพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยได้ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยได้มากที่สุด แต่ละคนจะได้รับรู้ความรู้สึกซึ่งกันและกัน ห่วงใยกัน ร่วมกันแก้ไขปัญหาและจะทำให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหา และสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาตนเองด้วยในโอกาสต่อไป โดยผู้ป่วยแต่ละรายได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและได้เรียนรู้บทบาทความเท่าเทียมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์เชิงบวก

3) สร้างพลังในการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วย โดยการสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์เป็นการใช้ทักษะการสะท้อนคิด โดยเน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยของตนเองว่ามีผลกระทบอย่างไรบ้าง และมีโอกาสในการแก้ไขปัญหาอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง ต่อความเจ็บป่วยเป็นการสร้างความเข้าใจในตนเองให้กับผู้ป่วย ซึ่งในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยปฏิเสธปัญหาและไม่เห็นความจำเป็นที่ต้องแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องเสริมสร้างให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาตนเองหาผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญแล้ว จะเป็นการสร้างเสริมการยอมรับตนเองมีอัตมโนทัศน์เชิงบวกและก่อให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนและแสวงหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนต่อไป

4) การสนับสนุนข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท ทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยการประเมินระดับความรู้ที่ทักษะต่างๆที่ใช้ในครอบครัว หรือบุคคลอื่นซึ่งแนวทางความรู้นั้นต้องผ่านการค้นหาสภาพการณ์จริงมาก่อน เพื่อให้เกิดการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยระหว่างทำให้ความรู้ต้องมีการประเมินเป็นระยะๆ เพื่อตรวจสอบการรับรู้ข้อมูลว่าตรงกันหรือไม่ รวมทั้งมีการนำเสนอสถานการณ์ตัวอย่างให้ผู้ป่วยเห็นภาพที่ชัดเจน พร้อมทั้งใช้กระบวนการกลุ่มในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเปิดโอกาสซักถาม แสดงความคิดเห็นร่วมกัน รวมทั้งความรู้ความสามารถของพยาบาลเอง ก็เป็นสิ่งที่สร้างเสริมให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเกิดความเชื่อในความสามารถของพยาบาลที่ให้การดูแล ซึ่งมีผลต่อความร่วมมือในการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยในชุมชนต่อไป

5) การดำเนินการด้วยตนเองในการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วย โดยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างความรู้และแหล่งทรัพยากรต่างๆจากพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยจะต้องฝึกทักษะในการคิดพิจารณาเพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลคอยเพิ่มเติมแหล่ง

ทรัพยากรให้เป็นการใช้สถานการณ์ที่ผ่านมาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันภายในกลุ่มและช่วยกันแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม โดยสมาชิกกลุ่มเรียนรู้ที่จะรับฟังปัญหา

6) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิต เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท เป็นขั้นตอนที่พยาบาลจะต้องสร้างเสริมความมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้ พร้อมทั้งให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วย เนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆนั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจให้กระทำ การมีความหวังมีเป้าหมาย มีการกระทำเพื่อสิ่งที่ตนเองรัก พยาบาลจึงต้องเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์เป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน รวมถึงการที่พยาบาลยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม พบแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วย

ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการวิจัยครั้งนี้จึงสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ โดยการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจ เรียนรู้สัมพันธภาพภายในกลุ่มทั้งจากสมาชิกกลุ่มและจากพยาบาล ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นโปรแกรมหนึ่งที่จะให้ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

7.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศไทย

นิตยา ตากวิริยะนันท์และชื่อนุมน สุยะชีวิน (2536) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลประสาทสงขลาจำนวน 122 คนและโรงพยาบาลสวนสราญรมย์จำนวน 130 คน โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของFerrans & Powers (1992) ซึ่งวัดความพึงพอใจในองค์ประกอบชีวิต 4 ด้านคือด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว เครื่องมือเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิด Ferrans & Powers (1992) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสุขภาพมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือคุณภาพชีวิตในเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวช การรักษาพยาบาล และการนอนหลับตามลำดับและมีคุณภาพชีวิตต่ำสุด 3 อันดับแรก คือ คุณภาพชีวิตในเรื่องอาชีพการงาน ฐานะทางการเงินและการศึกษาตามลำดับและส่วนใหญ่ผู้ป่วยประเมินคุณภาพ

ชีวิตจะอยู่ในระดับดีมากเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและ ยังพบว่าความพึงพอใจในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำร้อยละ 14.5 และเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าเพศชายมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง และพบว่าทั้งสองตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 4.3

จันทรา ธีระสมบุรณ์ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 317 คนโดยใช้กรอบแนวคิด Bruckhardt (1982) ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต ความพึงพอใจเฉพาะเรื่องของชีวิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตร้อยละ 41.81 สมรรถภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตร้อยละ 12 และยังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 48.34 และสมรรถภาพการดำรงชีพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 25.64 และร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 33.32

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ศึกษาเรื่องผลการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 20 คน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความรู้ภายหลังการสอนสุขภาพของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การรับประทานยาครบถ้วนถูกต้องของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05

สุจรรยา แสงเขียวงาม (2545) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลของกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยา โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL) โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มๆละ 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คนโดยใช้จิตบำบัด ประคับประคองแบบกลุ่ม พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลังการเข้ากลุ่มดีขึ้นในลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคล ความสามารถในการทำงาน และด้านความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัว

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งแสดงว่ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สิรินทร เชี่ยวโสธร(2545) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองแบ่งเป็น 4 กลุ่มๆละ 5 คนรวม 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คนซึ่งใช้เวลาในการทดลองสัปดาห์ละ 2 ครั้งใช้ระยะเวลาในการทดลอง 3 สัปดาห์โดยพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยที่พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

หงส์ บรรเทิงสุข (2545) ได้ทำการศึกษาวิจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 140 คนตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจในตน อารมณ์ทางลบ และการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 2 ด้านคือความพึงพอใจและด้านความสำคัญผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 คือ การสนับสนุนทางสังคม อารมณ์ทางลบ เพศหญิง และความพึงพอใจของรายได้

การวิจัยในต่างประเทศ

Lehman (1983) ได้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจำนวน 278 คน เกี่ยวกับลักษณะของบุคคล การดำรงชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตใน 8 ประเด็นคือ สภาพที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์ทางสังคม การใช้เวลาว่าง การทำงาน สภาพการเงิน ความปลอดภัยและสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยลงในเรื่อง การเงิน การว่างงาน ความปลอดภัย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคม

Mercier & King (1994) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 152 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจกรรมเวลาว่าง บ้านหรือที่อยู่อาศัย การเงิน การทำกิจวัตร

ประจำวัน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สุขภาพ ความปลอดภัย ศาสนา ผลการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อายุเริ่มมีอาการครั้งแรก จำนวนครั้งของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

Barry & Crosby(1996) ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 34 รายเป็นการศึกษาระยะยาว ศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของLehman et al 1982 ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็นทั้งหมด 8 ด้านคือสภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพทางสังคม กิจกรรมเวลาว่าง การทำงาน การเงิน ความปลอดภัย สุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านสัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 44 กิจกรรมเวลาว่างร้อยละ 53 และในด้านความปลอดภัยและสุขภาพมีความสัมพันธ์ร้อยละ 54

Bling (1998) ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนและบทบาทของกลุ่มสนับสนุนตนเอง คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 1) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ 2) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ 3) กระบวนการของการแสวงหาทักษะและความรู้ 4)กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งแต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้องและตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยการให้ความหมายต่อชีวิต ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ และความคิดทางบวก จากการศึกษาพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในด้านการให้ความหมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับความเจ็บป่วย ความคิดทางบวก รวมถึงความผาสุกทางจิต

Atkinson, J.M. et. al (1996) ได้ทำการศึกษาผลของกลุ่มให้ความรู้แบบกลุ่มต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนในเมืองกลาสโก โดยใช้กลุ่มควบคุม 73 คนและกลุ่มทดลอง 57 คนซึ่งเป็นกลุ่มให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา 20 สัปดาห์พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

Bobes & Gonzales (1997) ได้สรุปถึงการศึกษเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในแง่ต่างๆดังนี้

- 1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะต่ำกว่าประชากรทั่วไปและผู้ป่วยโรคทางกายอื่นๆ

- 2) ประชากรที่มีอายุน้อย เพศหญิงบุคคลที่แต่งงานแล้วและมีระดับการศึกษาต่ำ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า
- 3) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้คุณภาพชีวิตที่ต่ำลง
- 4) พยาธิสภาพทางจิตใจโดยเฉพาะอาการทางด้านลบมีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิต
- 5) ผลข้างเคียงจากการรักษาจากยา และการรักษาด้วยยาทางจิตและการทำจิตบำบัดจะทำให้มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น
- 6) การที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในชุมชนทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Wanner & Oliver (1997) ศึกษาเรื่องความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในเพศชายและเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 617 ราย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิด Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 9 ด้านคือ ด้านการทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย

Caron et al, (1998) ศึกษาเรื่ององค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช และเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมระหว่างผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกับกลุ่มบุคคลทั่วไป และยังคงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลควิเบค ประเทศแคนาดา จำนวน 60 ราย โดยศึกษาคุณภาพชีวิต ตามแนวคิด Baker and Intagliata (1982) แบ่งออกเป็น 5 ด้านคือ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความเป็นอิสระ การทำกิจกรรมเวลาว่าง เพื่อนบ้าน สัมพันธภาพทางสังคม พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีระดับความพึงพอใจในชีวิตน้อยกว่ากลุ่มบุคคลทั่วไป การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมร้อยละ 78.8 และ พบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงกับคุณภาพชีวิต ในด้านความมีอิสระภาพ เพื่อนบ้านและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคม ในด้านการเห็นคุณค่า สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุดโดยทำนายได้ร้อยละ 28 นอกจากนี้ยังสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านกิจกรรมในชีวิตและสัมพันธภาพทางสังคม ในด้านการให้ความรักความผูกพัน สามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมร้อยละ 25 และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในด้านเพื่อนบ้านได้ร้อยละ 18

Ritsner, M. (2003) ได้ทำการศึกษาวิจัยปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช โดยได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenia) จำนวน 148 ราย และกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตทางอารมณ์ (Schizoaffective / mood disorders) จำนวน 51 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยในศูนย์บริการสุขภาพจิตในประเทศอิสราเอล โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Endicott et al. (1993) ผลการวิจัยพบว่า การที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น มีความสัมพันธ์กับการลดภาวะหวาดระแวง ความไม่สุขสบายจากอาการทางกาย และรวมถึงการเพิ่มควมมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) และการรับรู้ความสามารถในตนเอง (self efficacy) ให้สูงขึ้นด้วย

Ruggeri et al. (2001) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในบริการกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 285 ราย โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 9 ด้านคือ ด้านการทำงาน การศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพในสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในการให้บริการ อาการทางบวก และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

Ruggeri et al. (2002) ศึกษาวิจัยในเรื่องการพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในชุมชน ที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร อาการทางคลินิก และลักษณะทางสังคม ความพึงพอใจด้านบริการกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนประเทศอิตาลี จำนวน 268 ราย โดยผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 9 ด้านคือ การทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าอายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อาการทางลบ การว่างงาน ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

Gupta et al. (1998) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 90 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่ป่วยน้อยกว่า 2 ปีจำนวน 30 คนและผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมากกว่า 2 ปีจำนวน 60 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันวิจัยทางการแพทย์ประเทศอินเดีย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Endicott et al. (1993) ซึ่งแบ่ง

คุณภาพชีวิตออกเป็น 8 ด้านคือสุขภาพร่างกาย การรับรู้ความผาสุก กิจกรรมเวลาว่าง สัมพันธภาพทางสังคม การทำกิจกรรมทั่วไป การทำงาน การทำกิจกรรมเวลาว่าง และการเรียน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 85 และพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่า 2 ปีจะมีคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพร่างกาย การทำกิจกรรมเวลาว่างและความพึงพอใจในการรักษาด้วยยาน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการน้อยกว่า 2 ปี

Mercier et al.(1998) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ กับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 165 ราย เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช Douglus ในประเทศคิวบา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต Baker & Intagliata (1982) แบ่งออกเป็น 5 ด้านคือ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความเป็นอิสระ การทำกิจกรรมเวลาว่าง เพื่อนบ้าน สัมพันธภาพทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

Vandiver (1998) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ในประเทศ แคนาดา คิวบา และสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 102 ราย ที่ได้รับการคัดเลือกมาจากประเทศแคนาดา คิวบา และสหรัฐอเมริกา เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของLehman et al.(1982) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็นทั้งหมด 8 ด้านคือ สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพทางสังคม กิจกรรมเวลาว่าง การทำงาน การเงิน ความปลอดภัย สุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าในประเทศแคนาดาผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตในด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงกว่าผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกาและคิวบา นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตซึ่งพบว่าผู้ป่วยในประเทศแคนาดาจะมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า

Norman et al.(2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิต ระดับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนจำนวน 128 คนที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในรัฐ Ontario ประเทศแคนาดา โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Heinrichs et al.1984 แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้านคือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำหน้าที่ตามบทบาทและหน้าที่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและ พื้นฐานด้านจิตใจภายใน ผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ส่วนอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต พบว่าเพศหญิงและผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มิ

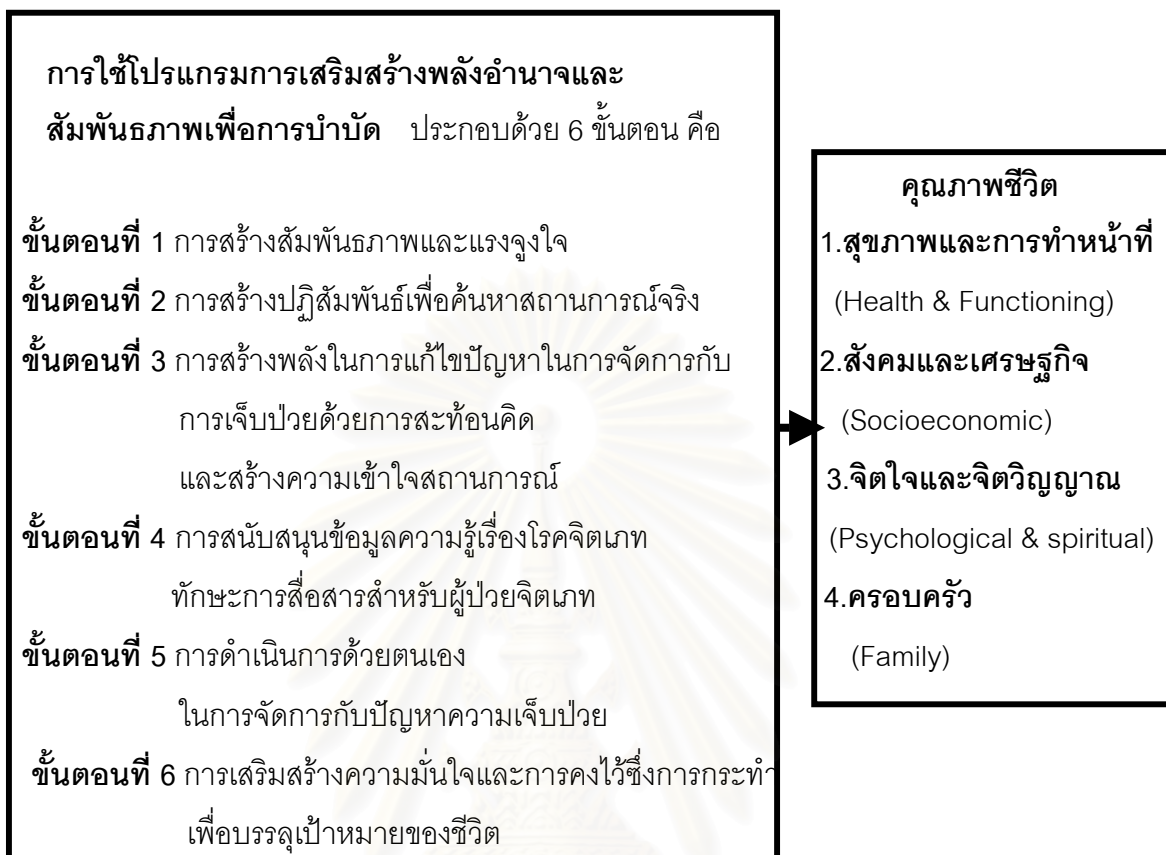
ระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชาย สิ่งแวดล้อมของบ้านมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีคือ เพศ สถานภาพสมรส สิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 26

Green et al.(2001) ได้ศึกษาเชิงเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนที่ได้รับการรักษาและไม่ได้ได้รับการรักษา ที่มารับบริการแบบบริการผู้ป่วยนอกระหว่างรัฐ Casablanca ประเทศโมร็อกโคและPortland ในประเทศอเมริกาจำนวน 344 คนโดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Biglow et al.(1991) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 10 ด้านคือด้านความตึงเครียดทางจิตใจ ความผาสุกทางใจ ความอดทนต่อความตึงเครียด ความพอใจกับความต้องการพื้นฐาน ความอิสระ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การทำงาน ความสามารถในการทำงาน การใช้เวลารว่าง ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันคือด้านการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมเวลารว่าง การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและความอดทนต่อความเครียด

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าคุณภาพชีวิตเป็นค่าที่เป็นนามธรรม ความหมายซับซ้อนและประกอบด้วยหลายองค์ประกอบและยังพบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังมีระดับไม่ดีที่สุด มีผู้ศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยยังมีน้อย ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดำเนินการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

(Polit & Hungler, 1999:187)

O₁ หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

X หมายถึง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

O₂ หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตหลังการเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

O₃ หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน โดยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโดยใช้แบบวัดอาการทางจิต (Brief psychiatric rating scale: BPRS) ก่อนการได้รับการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (ระดับคะแนนไม่สูงกว่า 30 คะแนน) โดยการสอบถามผู้ป่วยจิตเภท ตามแบบประเมินอาการทางจิตจำนวน 18 ข้อ

- 2) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
- 3) มีภูมิลำเนาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
- 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ
- 5) อ่านหนังสือ-เขียนหนังสือได้ สามารถพูดคุยสื่อสารได้สะดวก

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลองคืออย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คนโดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คนหากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากในการวิจัยกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด แต่ในกรณีนี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดคือ 30 คน เพื่อให้การกระจายของข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด (Burns and Grove, 2001 : 247) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คนเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการตามนัดจากทะเบียนประวัติ แผนกผู้ป่วยนอก โดยปรึกษาร่วมกับพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยนอก และประเมินคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยให้ 20 คนแรกเป็นกลุ่มทดลอง และ 20 คนหลังเป็นกลุ่มควบคุม โดยทำการประเมินตั้งแต่วันที่ 16 ถึง 23 กุมภาพันธ์ 2547 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรมการทดลอง ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน เป็นกลุ่มทดลอง 27 คน กลุ่มควบคุม 27 คน เมื่อทำการทดลองจริงปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยครบทุกขั้นตอนโดยมีจำนวนกลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน ตามที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยมี 4 ชุดคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่
 - โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่
 - แบบประเมินพลังอำนาจ
 - แบบประเมินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- แบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychotic rating scale : BPRS)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของ ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) โดยผสมผสานแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Peplau, 1952) มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการทางจิต ลักษณะการสื่อสารในครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภท

1.2 สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด นำแนวคิดต่างๆที่ได้จากการศึกษาจากการทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา โดยนำแนวคิดต่างๆที่ค้นคว้ามาได้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษากำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของโปรแกรม ให้ครอบคลุมประเด็นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) ซึ่งพัฒนาโดยดารณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) โดยได้พัฒนารูปแบบแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทสังคมไทย และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau (1952) ประกอบด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบหนึ่งต่อหนึ่งระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ในการช่วยเหลือกันร่วมกันแก้ไขปัญหาที่มีพื้นฐานจากความไว้วางใจและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดยมีกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 6 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและสามารถเปิดเผยตนเอง
- 3) เพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วย

เนื้อหา

1) การสร้างสัมพันธภาพ เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเองและบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว การเจ็บป่วย

การรักษาที่ผ่านมา ปฏิสัมพันธ์ของตนเองต่อบุคคลอื่นและในครอบครัวโดยใช้ทักษะในการสื่อสารเพื่อการบำบัด

2) ช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับตนเอง เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นอย่างไร ขณะอยู่บ้านได้พูดคุยกับใครบ้างโดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ โดยโน้มน้ำหนักให้ทราบถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านอารมณ์จิตใจและการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น

กิจกรรม

1) ดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดย แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ข้อตกลงร่วมกับสมาชิกในการเข้าร่วมกลุ่ม

2) ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มโดยให้กลุ่มแสดงความคิดเห็น สร้างบรรยากาศให้เป็นกันเองเอื้ออำนวยเกิดพูดคุยเป็นกันเอง การเรียนรู้ทักษะเบื้องต้นในการสร้างสัมพันธ์ภาพ ส่งเสริมการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นที่ผ่านมา แล้วให้กลุ่มสรุปประเด็นที่เป็นปัญหา

3) พูดคุย ให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยให้ผู้ป่วยบอกถึงความหวังในชีวิต

การประเมินผล

1) ผู้ป่วยสามารถบอกชื่อสมาชิกในกลุ่มได้อย่างน้อย 3 ชื่อ
2) ผู้ป่วยบอกถึงสภาพปัญหาเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นและแรงจูงใจที่มีอยู่ในการดูแลตนเอง

3) ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเปิดเผยตนเองเล่าเรื่องเกี่ยวกับตนเองให้สมาชิกกลุ่มฟัง

ขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายปัญหาที่เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกและได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วย โดยการกำหนดบทบาทตนเองในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

3) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในตนเอง ยอมรับถึงปัญหาสุขภาพตามความเป็นจริง

เนื้อหา

1) ประเมินแหล่งพลังอำนาจรายบุคคล

2) ให้สมาชิกเล่าเรื่องราวที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยในชุมชน สมาชิกช่วยกันหาแนวทางจัดการกับความรู้สึก อารมณ์ พฤติกรรมที่เกิดขึ้น

3) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการดูแลสุขภาพของตนเอง ร่วมกับพยาบาล

กิจกรรม

- 1) ประเมินและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วย โดยการสังเกตและสัมภาษณ์ตามแบบรวบรวมแหล่งพลังอำนาจ
- 2) จัดอภิปรายกลุ่มให้ผู้ป่วยพูดคุยประเด็นปัญหาความรู้สึกในการเผชิญกับความเจ็บป่วยและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันเช่น ท่านรู้สึกอย่างไรในการที่อยู่กับความเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานๆ
- 3) กำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วย

การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยสามารถบอกถึงอารมณ์ความรู้สึกและปัญหาในการดูแลสุขภาพ
- 2) ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการดูแลตนเองและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้
- 3) ผู้ป่วยสามารถรับรู้ปัญหาอารมณ์ ความรู้สึกได้จากปัญหาในการดูแลสุขภาพตามความเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วย โดยการสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญในการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยและการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง

เนื้อหา

- 1) การเสริมสร้างการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการจัดการกับความเจ็บป่วย รวมทั้งมีโอกาสเลือกตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยพูดนำเสนอด้วยตนเองแล้วพยาบาลจึงสรุปประเด็นเพิ่มเติม
- 2) การเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเลือกการจัดการกับความเจ็บป่วยหรือปัญหานั้นๆ มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาด้วยตัวผู้ป่วยเอง

กิจกรรม

- 1) อภิปรายกลุ่ม แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันภายในกลุ่ม
- 2) ผู้ป่วยนำเสนอวิธีแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่น โดยพยาบาลใช้คำถามกระตุ้นสมาชิกกลุ่มและสรุปประเด็นสำคัญ โดยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหา
- 3) ให้ผู้ป่วยวางแผนการดูแลสุขภาพ การกำหนดเป้าหมายในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาว่าขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเอง

ประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าการจัดการหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดการกับความเจ็บป่วยเป็นของตนเอง
- 2) ผู้ป่วยสามารถวางแผนกำหนดเป้าหมายในการจัดการกับปัญหาการดูแลตนเองและปัญหาการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 3) ผู้ป่วยบอกได้ถึงแรงจูงใจในการจัดการกับความเจ็บป่วยและบอกได้ถึงแนวทางการแก้ไขปัญหสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุน ข้อมูล เรื่องโรคจิตเภท ทักษะการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการ ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรที่จะส่งผลกระทบต่อตนเองได้สำเร็จ
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

เนื้อหา

- 1) การส่งเสริมสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ทักษะในการจัดการกับความเจ็บป่วย
- 2) การสนับสนุนเอื้ออำนวย ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

กิจกรรม

- 1) พยาบาลพูดกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความต้องการ การได้รับความช่วยเหลือที่มีอยู่ในชุมชน
- 2) ประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภท แก่ผู้ป่วยและการดูแลตนเองด้านสุขภาพ
- 3) ให้ความรู้ผู้ป่วยตามแผนการให้ความรู้ โดยใช้โปสเตอร์

การประเมินผล

1) ผู้ป่วยสามารถบอกถึงความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง

2) ผู้ป่วยมีคะแนนการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเภทหลังการให้ความรู้สูงกว่าก่อนการให้ความรู้ ผู้ป่วยสามารถใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินการด้วยตนเองในการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์

- 1) ผู้ป่วยมีทักษะสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้
- 2) ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีแก้ไขปัญหากจากการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง
- 3) ผู้ป่วยสามารถใช้ทักษะในการสื่อสารเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสามารถเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

เนื้อหา

- 1) ทักษะการจัดการกับอาการเจ็บป่วย และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา
- 2) การพัฒนาทักษะทางสังคมโดยการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม
- 3) การสร้างความมั่นใจในการจัดการกับการเจ็บป่วย

กิจกรรม

1) อภิปรายกลุ่ม โดยสรุปข้อมูลจากการติดตาม สังเกต ประเมินบันทึกการทดลองปฏิบัติของผู้ป่วยจากขั้นตอนที่ 4 และลองให้ผู้ป่วยในกลุ่มนำเสนอความคิดเห็นว่าเมื่ออยู่ที่บ้านจะปฏิบัติอย่างไร

2) ใช้สถานการณ์จริงที่ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์เจ็บป่วย ให้ผู้ป่วยในกลุ่มบอกถึงแนวทางการแก้ไข

การประเมินผล

1) ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการทางลบและการสังเกตอาการข้างเคียงจากยาได้

2) ผู้ป่วยบอกผลการประเมินจากการจัดการกับอาการได้ตามที่วางแผนได้

3) ผู้ป่วยติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิต

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับความเจ็บป่วย

2) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพลังในการดูแลตนเองต่อไป

เนื้อหา

- 1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเจ็บป่วย กล่าวถึงแรงจูงใจ ความหวังที่จะต่อสู้กับปัญหาการเจ็บป่วย
- 2) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยใช้ทักษะการให้กำลังใจ ในการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม

- 1) ดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแต่ละคนภายในกลุ่มพูดถึงความรู้สึกและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
- 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกำลังใจแก่เพื่อนๆรวมทั้งให้ผู้ป่วยพูดให้สัญญาแก่กันว่าจะดูแลตนเองและแสดงความมั่นใจในการจัดการกับอาการเจ็บป่วยและจะช่วยเหลือกันเมื่อเจ็บป่วย
- 3) พยาบาลสรุปประเด็นเพิ่มเติมและแจกเอกสารแผ่นพับให้กับสมาชิกกลุ่ม

การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง
- 2) ผู้ป่วยแสดงออกด้วยสีหน้า ท่าทาง และคำพูดให้กำลังใจซึ่งกันและกันเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจแก้เนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 4 ท่านและพยาบาลจิตเวช 3 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทุกขั้นตอน พร้อมทั้งที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา คือ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์โดยมีประเด็นแก้ไขดังนี้

- 1) ระยะเวลาแต่ละขั้นตอนไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมงเพราะจะทำให้ผู้ป่วยขาดสมาธิ จึงได้ปรับแก้ในแต่ละขั้นตอนแบ่งกิจกรรมละ 1 ชั่วโมงทุกขั้นตอน

2) ในกิจกรรมที่ 2 ได้มีกิจกรรมประเมินพลังอำนาจรายบุคคลควรทำก่อนการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งผู้วิจัยยังคงไว้เหมือนเดิม เนื่องจากในการประเมินแหล่งพลังอำนาจรายบุคคลนั้น ผู้วิจัยจำเป็นต้องสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วยจิตเภทก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงยังไม่ได้ปรับในข้อนี้

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอกกลุ่มละ 7-8 คน จัดกิจกรรมจนครบทั้ง 6 ขั้นตอน เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปโปรแกรมไปใช้ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลารวมถึงปัญหาอุปสรรคอื่น ๆ อันอาจเกิดขึ้นได้ โดยนำปรับปรุงแก้ไขไปร่วมกับผู้ช่วยวิจัยในการทดลองใช้โปรแกรมและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งตามปัญหาที่เกิดขึ้น

ปัญหาที่พบในการทดลองใช้โปรแกรมคือในขั้นตอนที่ 4 เป็นเรื่องเนื้อหาที่ต้องปรับให้กระชับขึ้นซึ่งเป็นเรื่องแผนการให้ความรู้เรื่องโรค การจัดการกับอาการ เนื้อหาค่อนข้างมาก จึงทำการปรับให้สั้นลงส่วนระยะเวลาของกิจกรรมที่กำหนดไว้ สามารถดำเนินการได้ตามเวลาที่กำหนด ที่เหลือเป็นลักษณะอาการของผู้ป่วย ซึ่งจะต้องให้การเป็นผู้นำกลุ่มแก้ไขสถานการณ์และสามารถดำเนินไปได้ด้วยดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตโดยผู้วิจัยใช้ แนวคิดของ Ferrans & Power (1985,1992) Epilepsy version III สร้างขึ้นโดยการแปลและพัฒนาโดย หงส์ บรรเทิงสุข (2545) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือโดยการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน ซึ่งมีขั้นตอนการสร้างและพัฒนาเครื่องมือดังนี้

1) ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นต้องสามารถจัดการกับอาการต่างได้ด้วย

2) ศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งได้ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท

โดยลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 29 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ (1,2 ,3, 4, 5, 6, 7, 8, 16, 17)
- 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ (13, 14,19,20, 21,22, 23, 24)
- 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ (15, 18, 25, 26, 27, 28, 29)
- 4) ด้านครอบครัว จำนวน 4 ข้อ (,9,10,11,12)

โดยแต่ละข้อคำถามผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องตอบ 2 ด้านคือด้านความพึงพอใจและด้านความสำคัญซึ่งมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
พึงพอใจมากและสำคัญมาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก	6
พึงพอใจและสำคัญปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง	5
พึงพอใจและสำคัญเล็กน้อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	4
ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญเล็กน้อย	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	3
ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญปานกลาง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง	2
ไม่พึงพอใจมากและไม่สำคัญมาก	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก	1

วิธีคิดคะแนนโดยการแปลงค่าคะแนนความพึงพอใจให้เป็น - 2.5 ถึง + 2.5 (6 = 2.5, 5=1.5, 4= 0.5, 3=-0.5, 2 = -1.5, 1=-2.5) แล้วนำค่าคะแนนความพึงพอใจที่ได้มาคูณกับคะแนนดิบด้านความสำคัญในข้อเดียวกัน โดยนำคะแนนแต่ละข้อมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง -1.5 ถึง 15 จึงต้องนำมาบวกด้วย 15 เพื่อให้ค่าคะแนนมีค่าเป็นบวก คะแนนที่ได้โดยรวม คือ 0-30 แล้วแบ่งคุณภาพชีวิต ไว้ 5 ระดับ (Ferrans &Power, 1985) คือ

คะแนน	ระดับคุณภาพชีวิต
24.01-30.00	ระดับคุณภาพชีวิตสูงที่สุด
18.01-24.00	ระดับคุณภาพชีวิตสูง
12.01-18.00	ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง
06.01-12.00	ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ
00.00-06.00	ระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตจากแนวคิดของ Ferrans & Power (1992) Epilepsy Version III ซึ่งแปลและพัฒนาโดยหงษ์ บรรเทิงสูง (2545) ซึ่งได้ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 7 ท่าน เป็นพยาบาลจิตเวช 3 ท่านและเป็นอาจารย์พยาบาล 4 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหาโดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้แต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2544)

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

คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .93 ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้โดยมีประเด็นต้องปรับแก้ดังนี้

- ข้อ 11 ชีวิตในเรื่องเพศของท่าน เป็นคำถามที่คลุมเครือไม่ชัดเจนจึงปรับแก้เป็น สัมพันธภาพทางเพศกับคู่ครอง

- ข้อ 18 ความกังวลใจในชีวิต เป็นข้อความที่เข้าใจยาก จึงปรับแก้เป็นการเกิดความรู้สึกวิตกกังวลใจในชีวิต

2) การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 30 คน ในวันที่ 10-13 กุมภาพันธ์ 2547 ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงขั้นการทดลองใช้เครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .90 และรายด้านด้านการให้ความสำคัญเท่ากับ .89 และด้านความพึงพอใจเท่ากับ .82 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งในข้อที่ต้องปรับแก้

ค่า Corrected Item total Correlation รายข้อมีดังต่อไปนี้

ก. ด้านความพึงพอใจ

ข้อ 1 = .2083,	ข้อ 12 = .2998	ข้อ 21 = .0467
ข้อ 2 = .4532,	ข้อ 13 = .2635	ข้อ 22 = .3464
ข้อ 3 = .5376,	ข้อ 14 = .0845	ข้อ 23 = .0507
ข้อ 4 = .4469,	ข้อ 15 = .0064	ข้อ 24 = .5913
ข้อ 5 = .0285,	ข้อ 16 = .6753	ข้อ 25 = .2895
ข้อ 6 = .4840,	ข้อ 17 = .3960	ข้อ 26 = .0723
ข้อ 7 = .5249,	ข้อ 18 = .0664	ข้อ 27 = .3399
ข้อ 8 = .6055,	ข้อ 19 = .4483	ข้อ 28 = .7156
ข้อ 9 = .4824,	ข้อ 20 = .4240	ข้อ 29 = .5464
ข้อ 10 = .2177		
ข้อ 11 = .3425		

ข. ด้านการให้ความสำคัญ

ข้อ 1 = .6135	ข้อ 9 = .4287	ข้อ 17 = .4375
ข้อ 2 = .4718	ข้อ 10 = .0569	ข้อ 18 = .2389
ข้อ 3 = .5236	ข้อ 11 = .5632	ข้อ 19 = .5644
ข้อ 4 = .3340	ข้อ 12 = .6089	ข้อ 20 = .4922
ข้อ 5 = .6770	ข้อ 13 = .7583	ข้อ 21 = .2148
ข้อ 6 = .5049	ข้อ 14 = .3674	ข้อ 22 = .6293
ข้อ 7 = .3908	ข้อ 15 = .0399	ข้อ 23 = .0131
ข้อ 8 = .5754	ข้อ 16 = .3536	ข้อ 24 = .5411
ข้อ 25 = .5687	ข้อ 27 = .6128	ข้อ 29 = .2261
ข้อ 26 = .5521	ข้อ 28 = .5960	

จากการวิเคราะห์รายข้อพบว่าทุกข้อคำถามมีความสัมพันธ์กันทางบวกและมีข้อคำถามบางข้อที่มีความสัมพันธ์น้อยกว่า.20ได้นำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์โดยปรับด้านภาษาก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือกำกับการทดลองแบ่ง 2 ชุดคือ

3.1. แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างเองจากแนวคิดการประเมินแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังของดาร์ณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1) ศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด แนวคิดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะแนวคิดการประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยเรื้อรังของดาร์ณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) และสิรินทร เทียวโสธร (2545) ซึ่งใช้แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) ซึ่งแหล่งพลังอำนาจมี 7 แหล่งคือ 1) ระบบความเชื่อ 2) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 3) พลังงาน 4) ความอดทนทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 5) แรงจูงใจ 6) ความรู้ 7) ความเข้มแข็งทางกายภาพ ซึ่งสามารถประเมินแหล่งพลังอำนาจเป็นรายด้านได้ 6 ด้านคือ 1) การทำหน้าที่ของร่างกาย 2) การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย 3) ความสามารถในการจัดการกับปัญหา 4) การรับรู้ต่อตนเอง 5) ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ 6) บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม

2) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินแหล่งพลังอำนาจ มีลักษณะแบบสัมพัทธ์ให้ผู้ป่วยเลือกตอบ 1 คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับแบ่งเป็นน้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก มากที่สุด ค่าคะแนน 1 2 3 4 5 ตามลำดับ โดยการคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนข้อโดยรวมมาวิเคราะห์โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านได้แก่ พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ พร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องความชัดเจนครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วยเป็น 1 คะแนน และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้แต่ละข้อ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .93

ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาคือปรับแก้เล็กน้อยเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น

ข้อ 9 ท่านยึดถือศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ แก้ไขเป็น ท่านมีความเชื่อมั่นต่อศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์และสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

ข้อ16 ท่านสามารถสังเกตอาการก่อนการเป็นซ้ำได้ แก้ไขเป็น ท่านรู้วิธีสังเกตอาการก่อนการป่วยซ้ำได้

ข้อ18 ท่านยอมรับภาวะที่ต้องรักษาด้วยยาและสังเกตอาการตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานได้ แก้ไขเป็น ท่านยอมรับได้หากต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี

2) การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 30 คน ในระหว่างวันที่ 13-15 กุมภาพันธ์ 2547 การวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่าทุกคำถามมีความสัมพันธ์ในทางบวกคือมีค่ามากกว่า .20 ทุกข้อ (Polit & Hungler,1999)และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ.81

กำหนดวิธีการหาค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนแหล่งพลังอำนาจเป็นรายบุคคล พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ มีเกณฑ์ว่าจะต้องได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป โดยนำคะแนนแต่ละข้อรวมกันและหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดและแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปหามากที่สุดเป็นค่าคะแนนและความหมายดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร,2542)

คะแนน	ความหมาย
4.50 – 5.00	แหล่งพลังอำนาจในระดับดีมาก
3.50 – 4.49	แหล่งพลังอำนาจในระดับดี
2.50 – 3.49	แหล่งพลังอำนาจในระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	แหล่งพลังอำนาจในระดับน้อย
1.00 - 1.49	แหล่งพลังอำนาจในระดับน้อยที่สุด

1.2. แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลโดยใช้แนวคิดของPeplau (1952) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้การสังเกตการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลองโดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1) ศึกษาตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะทฤษฎีการพยาบาลของPeplau (1952)

2) โครงสร้างแบบคำถามเป็นแบบปลายปิด เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยใช้ในการสังเกตประเมินค้นหาข้อมูลจากการสัมภาษณ์ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

3) ผู้วิจัยทำการปรับปรุงเนื้อหาของข้อคำถาม ภาษาที่ใช้ให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

4) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยมีลักษณะแบบสัมพัทธ์และสังเกตร่วมกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตและประเมินร่วมกันตามข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลางน้อย น้อยที่สุด โดยให้ค่าคะแนนเป็น 1,2,3,4,5 ตามลำดับ โดยคิดคะแนนแต่ละข้อมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด โดยหาค่าเฉลี่ยรายรวมของคะแนนแบบประเมินสัมพันธภาพของกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับมีเกณฑ์ว่าจะต้องได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป แบ่งเป็น 5 ช่วงจัดระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปหามากที่สุด โดยให้ค่าคะแนนและความหมายดังนี้(ประคอง กรรณสูตร,2542)

ความหมาย	ค่าคะแนน
สัมพันธภาพในระดับดีมาก	4.50 – 5.00
สัมพันธภาพในระดับดี	3.50 – 4.49
สัมพันธภาพระดับปานกลาง	2.50 – 3.49
สัมพันธภาพในระดับน้อย	1.50 – 2.49
สัมพันธภาพในระดับน้อยที่สุด	1.00 - 1.49

โดยกำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองต้องมีสัมพันธภาพระดับปานกลางขึ้นไป หากผู้ป่วยรายใดไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จะเพิ่มเติมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรายบุคคลจนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่ปรับปรุงข้อคำถาม ตามที่ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่านได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่านและอาจารย์พยาบาล 4 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงทางโครงสร้าง ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ ซึ่งผู้วิจัย

ได้รับเครื่องมือที่ตรวจโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 7 ท่านแล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .77 และพบว่าทุกท่านเห็นด้วยกับแนวคิดดังกล่าวแต่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้ปรับแก้เล็กน้อยเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ผู้วิจัยจึงปรับแก้ตามข้อเสนอแนะดังกล่าวร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไขคือ

- ข้อ 4 ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ยังไม่ชัดเจน ปรับเป็น ผู้ป่วยพูดคุยและมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนมากกว่า 2 คน

- ข้อ 7 ผู้ป่วยไว้ใจและเปิดเผยตนเอง ลักษณะข้อคำถามไม่สามารถวัดได้เป็นรูปธรรมชัดเจนจึงปรับเป็น” ผู้ป่วยแสดงความไว้ใจโดยเล่าเรื่องตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟังมากขึ้น “

2) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยได้นำไปทดลองใช้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์จำนวน 30 คน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงเท่ากับ .81

4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- แบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychotic rating scale : BPRS) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์คะแนนไม่สูงกว่า 30 คะแนน โดยได้รับการพัฒนาโดยOverall & Gorham(1962) ซึ่งได้รับการพัฒนาโดยภทรา ธิระลาภ(2531)ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อได้แก่ Somatic concern ,Anxiety Emotion withdrawal, Conceptual disorganization, Guiltfeeling, Tension, Mannerism & Posturing, Grandiosity, Depressive mood, Hostility, Suspiciousness, Hallucination, Motor retardation, Uncooperativeness, Unusual thought content Blunted affect, Excitement และ Disorientation มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-6คะแนนคือ 0 = ไม่มีอาการ, 1 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง, 2 = มีอาการเล็กน้อย, 3 = อาการปานกลาง, 4 = อาการค่อนข้างรุนแรง, 5 = อาการรุนแรง, 6 = อาการรุนแรงมาก คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 18 -108 คะแนน (ตั้งรายละเอียดในภาคผนวก)

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะคือระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลองและระยะประเมินผลการทดลอง

1.ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.2 เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาล สอนสราญรมย์ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อทำการทดลองและเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือในการวิจัยและจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มการพยาบาล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล ขอใช้อุปกรณ์และสถานที่ แจ้งวันเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จนจบการทดลอง

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวน 1 คน และเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองจำนวน 1 คนซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพและผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยกิจกรรมต่างๆในการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด วิธีการ สัมภาษณ์ และการดำเนินการทดลองตามขั้นตอน

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงนัดให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังกล่าว มาเข้าร่วมกิจกรรมตามวันเวลาที่กำหนด ในกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 4 กลุ่มๆละ 6 - 7 คน คือ กลุ่มที่ 1 -2 จำนวน 7 คนนัดทำการทดลองวันที่ 24 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2547 ส่วนกลุ่มที่ 3 จำนวน 7 คนและกลุ่มที่ 4 จำนวน 6 คนนัดทำการทดลองในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2547 ถึง วันที่ 2 เมษายน 2547

1) โดยกลุ่มทดลองในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ผู้ช่วยวิจัยได้ทำการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง (Pre-test) ในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2547และประเมินคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง(Post-test) ในวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2547ส่วนกลุ่มที่ 3และกลุ่มที่ 4ประเมินคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง(Pre-test) ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547และประเมินหลังการทดลอง(Post-test) ในวันที่ 2 เมษายน พ.ศ.2547 (กล่าวรายละเอียดในระยะดำเนินการทดลอง)

2) กลุ่มควบคุม ผู้ช่วยวิจัยได้ทำการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง (Pre-test) ในวันที่ครั้งแรกที่พบและผู้ป่วยตกลงเข้าร่วมโครงการและนัดประเมินคุณภาพชีวิตอีกครั้ง (Post-test) เมื่อครบ 6 สัปดาห์ ตามวันเวลาที่แพทย์นัด

1.5 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อผลการรักษาหรือการมา รับบริการแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับจะไม่มีเปิดเผยให้ผู้ไม่ เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยให้กลุ่ม ตัวอย่างเห็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.ระยะดำเนินการทดลอง

ในระยะเวลาดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดโดยให้กลุ่ม ควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการทดลอง

1) กลุ่มควบคุมสัปดาห์ที่ 1-6 ได้รับการดูแลตามปกติได้แก่ คำแนะนำเกี่ยวกับการ ใช้ยา การให้คำปรึกษารายกลุ่มรายบุคคล การสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต การคลาย เครียด การได้รับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2) กลุ่มทดลองดำเนินตามโปรแกรมการทดลอง โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มตามกำหนดระยะเวลา 6 สัปดาห์ ณ ห้องกิจกรรมกลุ่มบ้านบริรักษ์ โรง พยาบาลสวนสราญรมย์ตามขั้นตอนดังนี้

กลุ่มที่ 1และกลุ่มที่ 2 ดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2547ถึง 30 มีนาคม 2547 โดยกลุ่มที่ 1 ทำกลุ่มเวลา 9.00-10.00น.และกลุ่มที่ 2 ทำกลุ่มเวลา 14.00-15.00น.

ขั้นตอนที่ 1 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2547

ขั้นตอนที่ 2 วันที่ 2 มีนาคม 2547

ขั้นตอนที่ 3 วันที่ 9 มีนาคม 2547

ขั้นตอนที่ 4 วันที่ 16 มีนาคม 2547

ขั้นตอนที่ 5 วันที่ 23 มีนาคม 2547

ขั้นตอนที่ 6 วันที่ 30 มีนาคม 2547

กลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 4 ดำเนินการทดลองวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2547 ถึงวันที่ 2 เมษายน 2547 โดยกลุ่มที่ 3 ทำในเวลา 9.00-10.00 น.และกลุ่มที่ 4 ทำในเวลา 14.00-15.00น.

ขั้นตอนที่ 1 วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2547

ขั้นตอนที่ 2 วันที่ 5 มีนาคม 2547

ขั้นตอนที่ 3 วันที่ 12 มีนาคม 2547

ขั้นตอนที่ 4 วันที่ 19 มีนาคม 2547

ขั้นตอนที่ 5 วันที่ 26 มีนาคม 2547

ขั้นตอนที่ 6 วันที่ 2 เมษายน 2547

ในแต่ละขั้นตอนมีวัตถุประสงค์และการประเมินผลดังนี้(รายละเอียดเนื้อหาแต่ละขั้นตอนแสดงในเครื่องมือฉบับสมบูรณ์)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและสามารถเปิดเผยตนเอง
- 3) เพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วย

เนื้อหา

1) การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์การเข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลา สิ้นสุดเมื่อไร กล่าวนำเพื่อสร้างความคุ้นเคย พูดคุยเรื่องสภาพความเป็นอยู่ทั่วไป ตอนนี้เป็นอย่างไรบ้าง อาศัยอยู่กับใคร ใครคอยดูแล โดยให้เล่าเรื่องในครอบครัวที่อาศัยอยู่ได้ พูดคุยกับใครบ้าง ใครที่สนิทที่สุด เป็นการประเมินปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว

2) หลังจากประเมินแล้วว่าผู้ป่วยเริ่มมีความไว้วางใจโดยสังเกตจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเช่นสีหน้าที่รู้สึกผ่อนคลาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ความไว้วางใจที่มีต่อกลุ่ม ผู้วิจัยเริ่มใช้กิจกรรมเป็นสื่อในการเริ่มต้นเช่น การกล่าวคำทักทาย "สวัสดี" โดยจับคู่แล้วปฏิบัติให้ครบทุกคน จากนั้นให้ผู้ป่วยบอกว่ากิจกรรมดังกล่าวสามารถใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไร เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ชุมชน

กิจกรรม

1) ผู้นำกลุ่ม กล่าวแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม ประโยชน์ที่สมาชิกได้รับ ข้อตกลงร่วมกันในการเข้าร่วมกลุ่ม พร้อมทั้งให้สมาชิกแนะนำตัวบอกชื่อที่อยู่ โดยให้สมาชิกในกลุ่มสอบถามเพิ่มเติมเช่น บ้านอยู่ที่ไหน มีบุตรกี่คน ชอบดอกไม้อะไร

2) ให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็น โดยให้ผู้นำกลุ่มกระตุ้น ใช้ทักษะเบื้องต้นในการสร้างสัมพันธภาพตามใบกิจกรรม และร่วมอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์ในการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น

3) ผู้นำกลุ่มกล่าวนำ ใครมีส่วนสำคัญในการช่วยให้หายจากความเจ็บป่วย เพื่อให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น และสอบถามถึงความหวังหรือเป้าหมายในชีวิตในแต่ละคน แต่ละคนมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างไรบ้าง

การประเมินผล

ผู้ป่วยทุกคนเริ่มรู้จักกัน ทักทายกันดี ให้ความร่วมมือในกิจกรรม กล้าแสดงออก บาง คนซึ่งไม่ค่อยพูดสมาชิกในกลุ่มช่วยกันกระตุ้นให้ตอบ เริ่มจากมีการทักทายกันเองภายในกลุ่ม บอกได้ว่าตนเองเป็นใครมีอาชีพอะไร บ้านอยู่ที่ไหน ทุกคนบอกถึงความหวังว่าต้องการให้หาย จากโรคนี้ พูดถึงแรงจูงใจว่าไม่อยากให้พ่อ แม่เป็นห่วง สงสารพ่อแม่

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างปฏิสัมพันธ์ในการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลอื่น
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการกำหนด บทบาทตนเองในการดูแลสุขภาพ ปัญหาด้านสัมพันธภาพ
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับปัญหา ความรู้สึกต่อสภาพการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตาม สภาพจริง

เนื้อหา

- 1) ผู้นำกลุ่มประเมินแหล่งพลังอำนาจรายบุคคล
- 2) ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องบอกความรู้สึกเกี่ยวกับการต้องเผชิญกับความเจ็บ ป่วยในชุมชน โดยให้สมาชิกช่วยกันหาแนวทางในการจัดการกับความทุกข์ อารมณ์ พฤติกรรม ที่ เกิดขึ้น

กิจกรรม

- 1) ประเมินแหล่งพลังอำนาจและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจรายบุคคล โดยผู้นำ กลุ่มสังเกตและสัมภาษณ์ตามแบบรวบรวมแหล่งพลังอำนาจ
- 2) จัดอภิปรายกลุ่ม โดยให้ผู้ป่วยพูดคุยในประเด็นปัญหาความรู้สึกในการเผชิญ กับความเจ็บป่วยและร่วมกันหาแนวทางในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเช่น ท่านรู้สึกอย่างไรในการ ที่ต้องอยู่กับความเจ็บป่วยนานๆ
- 3) ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นปัญหาสำคัญและช่วยกันหาแนวทางแก้ไข
- 4) ผู้นำกลุ่มพูดคุยเป็นรายบุคคลในปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจาก ปัญหาในกลุ่ม หลังเสร็จสิ้นกระบวนการกลุ่ม

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้เล่าถึงความรู้สึกไม่สบายใจ เครียด บางครั้งถูกรังเกียจจากคนรู้จัก ปัญหาจากการรับประทานยานานเกินไปผู้ป่วยบางคนบอกว่าน้ำหนักขึ้น บางครั้งมีอาการแพ้ยา ทำงานไม่ได้ พบว่าเมื่อประเมินจากการประเมินแหล่งพลังอำนาจรายบุคคลกับการพูดคุยใน

กระบวนการกลุ่มปัญหาคล้ายคลึงกันจึงเปิดโอกาสให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยกัน ผู้ป่วยยอมรับว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นต้องการการแก้ไข

สำหรับการสนทนาเพื่อการบำบัดรายบุคคลเป็นปัญหาที่ละเอียดอ่อนและซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่ารู้สึกท้อแท้สภาพทางเพศเสื่อมลงหลังการรับประทานยาทางจิต หรือปัญหาเพศสัมพันธ์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประเด็นที่เป็นปัญหาให้ผู้วิจัยฟัง โดยสรุปให้ผู้ป่วยฟังและให้ร่วมกันแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาคือการเจ็บป่วย โดยการสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญในการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยและการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง

เนื้อหา

- 1) ผู้ป่วยหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยและปัญหาการขาดสัมพันธภาพกับผู้อื่นโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้นำเสนอแล้วผู้นำกลุ่มเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดไป
- 2) เสริมสร้างให้ผู้ป่วยมั่นใจในการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยเน้นให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

กิจกรรม

- 1) อภิปรายกลุ่ม แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันภายในกลุ่ม
- 2) ผู้ป่วยนำเสนอวิธีแก้ไขปัญหาคือการจัดการกับการเจ็บป่วยทางจิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยพยาบาลใช้คำถามกระตุ้นสมาชิกกลุ่มและสรุปประเด็นและให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยในประเด็นนั้นๆ
- 3) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยวางแผนรวมทั้งกำหนดเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหากับตัวผู้ป่วยเอง

ประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าบทบาทในการจัดการกับการเจ็บป่วยเป็นของตนเอง โดยสามารถกำหนดปัญหาสำคัญและช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา เช่นบางคนบอกว่าปัญหาของตนเองที่สำคัญคือการลืมรับประทานยาทำให้เริ่มมีอาการกำเริบ หรือการรับประทานยาแล้วเกิดอาการแพ้ยา ตัวแข็ง บางคนบอกว่า อยากอยู่คนเดียวไม่อยากพูดกับใครบางครั้งเครียดไม่รู้จะพูดกับใครเมื่อไม่สบายใจ

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรายบุคคล โดยสรุปปัญหาที่พูดคุยในครั้งที่แล้วเกี่ยวกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองมีความกังวลเรื่องนี้มาก ก่อให้เกิดความเครียด โดยที่ผู้ป่วยบอกว่าภรรยาไม่ได้คิดว่าเรื่องนี้เป็นปัญหา แต่ตัวผู้ป่วยรู้สึกไปเอง สรุปว่าผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองบางครั้งก็คิดมากไปและพร้อมจะหาวิธีปรับเปลี่ยนวิธีคิดในทางบวก

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุน ข้อมูลความรู้ เรื่องโรคจิตเภท ทักษะการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยจิตเภท วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการในการได้รับความรู้ทักษะ และทรัพยากรที่จะส่งผลต่อการดูแลตนเองได้สำเร็จ
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น

เนื้อหา

- 1) การส่งเสริมสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะในการจัดการกับความเจ็บป่วย
- 2) การสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

กิจกรรม

- 1) ผู้นำกลุ่มพูดกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการการให้การสนับสนุนช่วยเหลือ
- 2) ผู้นำกลุ่มประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทของผู้ป่วย และการดูแลตนเองด้านสุขภาพ
- 3) ผู้นำกลุ่มสอบถามความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง ความเชื่อต่างๆที่มีต่อโรคและผู้นำกลุ่มเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้ป่วยสงสัย

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับด้านสุขภาพผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้ว่าจะต้องทำอย่างไร รู้ว่าการที่ตนเองเป็นโรคจิตเภท บางคนรู้ว่าตนเองเป็นโรคจิตแต่ไม่รู้ว่าเป็นอะไร จำเป็นต้องรับการรักษาตัวนาน และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้หลังการให้ความรู้สูงกว่าก่อนให้ความรู้

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินการด้วยตนเองในการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์

- 1) ผู้ป่วยมีทักษะสามารถจัดการกับอาการทางลบ อาการข้างเคียงจากยาได้
- 2) ผู้ป่วยสามารถบอกถึงความมั่นใจในการจัดการกับอาการต่างๆได้
- 3) ผู้ป่วยสามารถใช้ทักษะในการสื่อสารเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสามารถเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

เนื้อหา

- 1) ทักษะในการจัดการกับอาการต่างๆเช่นการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา
- 2) การพัฒนาทักษะทางสังคมโดยการเรียนรู้จากกลุ่ม
- 3) การสร้างความมั่นใจในการจัดการกับการเจ็บป่วย

กิจกรรม

- 1) ผู้นำกลุ่มใช้กระบวนการกลุ่มและเทคนิคในการสนทนากระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นจากการติดตามประเมินผลการบันทึกการทดลองปฏิบัติของผู้ป่วยจาขั้นตอนที่ 4 และให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติเมื่ออยู่บ้านมีเหตุการณ์อย่างนี้จะทำอย่างไร
- 2) ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มและเพิ่มเติมในประเด็นขาดไป
- 3) ผู้นำกลุ่มติดตามประเมินผลรายบุคคลสำหรับในรายที่มีประเด็นปัญหาซับซ้อน โดยพูดคุยหลังเสร็จสิ้นกระบวนการกลุ่ม

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการต่างๆได้อย่างเหมาะสมโดยเฉพาะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการเมื่อมีอาการเตือนเกิดขึ้น รวมทั้งการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการ

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรายบุคคล ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าปัญหาของตนเองสามารถแก้ไขได้โดยตนเองอาจคิดมากเกินไป เพราะบางวันถ้าไปกรีดยางหรือได้ทำงานเหนื่อยก็จะไม่เครียดมาก สังเกตว่าช่วงนี้หยุดกรีดยางพอมีเวลาว่างอยู่บ้างทำให้คิดมากก็เป็นได้ แต่ถ้าเครียดมากจะระบายให้ญาติที่ใกล้ชิดฟัง ช่วยงานที่บ้านบ้างอาจจะดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจและการคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับความเจ็บป่วย
- 2) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง
- 3) เพื่อเป็นการยุติสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

เนื้อหา

1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับการเจ็บป่วย

2) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม

1) ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละคน บอกกล่าวถึงความรู้สึกในการจัดการกับความเจ็บป่วยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

2) เปิดโอกาสให้ทุกคนกล่าวเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันรวมทั้งพูดให้สัญญาในการดูแลตนเองและมีความมั่นใจในการจัดการกับอาการเจ็บป่วย

3) ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปเพิ่มเติมประเด็นในการดูแลตนเองและให้กำลังใจให้ทุกคนพร้อมในการจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยตนเอง

การประเมินผล

ผู้ป่วยบอกถึงความมั่นใจในการดูแลตนเองเช่น “ผมอยากทำงานได้เหมือนเพื่อนๆ คนอื่น ผมจะรับประทานยาและดูแลตนเองอย่างดีไม่ว่าจะใช้นานเท่าไรก็ตาม” บางคนบอกว่า “อย่าขาดยาเป็นอันขาด ถ้ายาหมดให้ไปรับยา” (พร้อมจับแขนเบาๆ) และต้องการให้ทุกคนที่ป่วยอยู่มีสุขภาพดีและต่างคนจะเป็นกำลังใจและช่วยเหลือกันเมื่อจำเป็น โดยการแสดงออกด้วยสีหน้าท่าทางที่มั่นใจแต่ถึงอย่างไรผู้ป่วยสามารถปรึกษากับพยาบาลท่านอื่นได้เมื่อมีปัญหาคือต้องการปรึกษา โดยผู้ป่วยบอกว่าจะปรึกษาเพื่อนที่อยู่ใกล้บ้านก่อนหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านก็ได้

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรายบุคคลในระยะนี้ผู้ป่วยบอกว่ายังเครียดอยู่บ้าง ใช้วิธีเปิดวิทยุฟังเพลง พูดคุยกับญาติซึ่งบวชเป็นพระก็ทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้นบ้าง พยาบาลได้ให้กำลังใจ และให้ผู้ป่วยใช้วิธีนี้เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นต่อไป เพราะผู้ป่วยเห็นว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยดีแล้วและขอยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาและสามารถจัดการกับปัญหาได้ดีแล้วแต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็สามารถรับการปรึกษาได้ตามศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้านทุกแห่งเมื่อต้องการ

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินพลังอำนาจและประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจากการพยาบาลเสร็จสิ้นตามโปรแกรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผู้วิจัยขอพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้างานผู้ป่วยนอกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการตามแพทย์นัดในแผนกผู้ป่วยนอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามวิธีที่กำหนดไว้

4. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

4.1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์ในกลุ่มควบคุม

4.2. ผู้วิจัยอธิบายวิธีสัมภาษณ์จนกลุ่มควบคุมเข้าใจแล้วจึงให้ตอบข้อคำถามตามแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

4.3 ผู้วิจัยนัดกลุ่มควบคุมในการตอบแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตซ้ำในสัปดาห์ที่ 6 หลังจากตอบข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ซึ่งตรงกับวันที่ผู้ป่วยมารับบริการตามแพทย์นัด

5. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

5.1. ผู้วิจัยดำเนินการเช่นเดียวกับในข้อ 4.1-4.2. ในกลุ่มควบคุม

5.2. ภายหลังจากตอบข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตแล้ว ผู้วิจัยเริ่มให้โปรแกรมการทดลองในกิจกรรมแรกจนครบ 6 สัปดาห์โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

6. นำข้อมูลที่ได้มาจากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าร้อยละ
2. วิธีคิดคะแนนคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans & Powers โดยในการคิดคะแนนรวมทั้งฉบับนั้น ใช้ผลคูณของคะแนนแต่ละข้อด้านความพึงพอใจกับคะแนนด้านความสำคัญ แล้วจึงนำคะแนนที่ได้มารวมกันทั้งฉบับ จากนั้นหารด้วยจำนวนข้อคำถามกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงใช้บวกด้วย 15 (เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางคนจะไม่สามารถตอบข้อคำถามได้เนื่องจาก ไม่มีเหตุการณ์ให้ประเมินได้เช่น บุคคลที่ยังโสดไม่สามารถตอบความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพทางเพศได้ ซึ่งตัวอย่างวิธีคิดคะแนนเสนอในภาคผนวก ง)

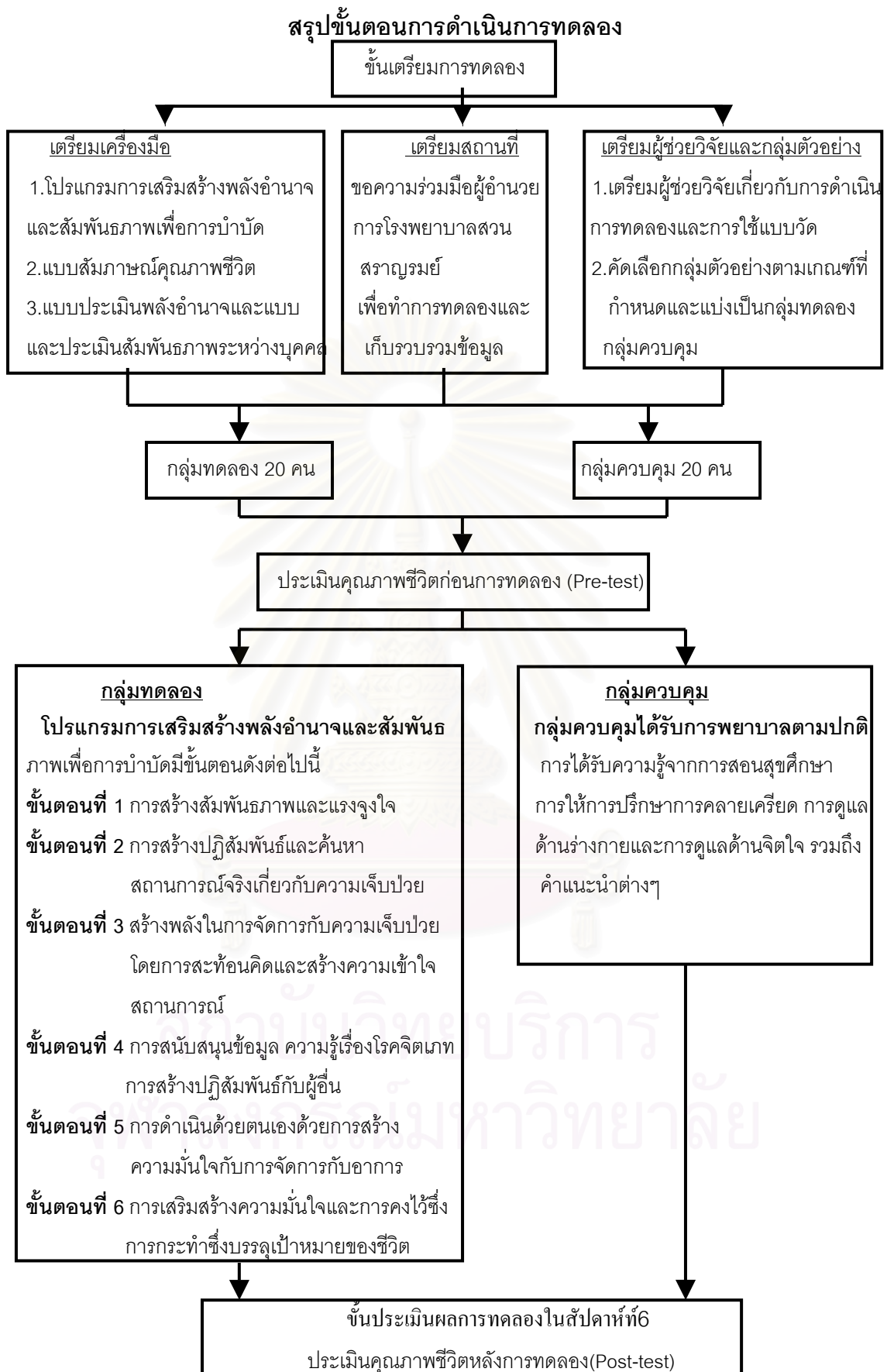
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย(Mean)และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที่ (Dependent t-test)

3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย(Mean)และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)ของคะแนนคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง นำมาเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที่ (Independent t-test)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจเป็นรายบุคคล

จากการสนทนากับผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับข้อมูลแหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งของ Miller (1992) ซึ่งแบ่งการประเมินแหล่งพลังอำนาจเป็น 6 ด้าน (ดารณี จามจุรีและจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545)

1. พลังงานและความเข้มแข็งทางกาย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงจากยาสูงมีอาการแพ้ยาเดินตัวแข็งๆ น้ำลายไหลเช่น ผู้ป่วยบอกว่า”ตัวสั่นๆ บางวันง่วงนอนมากกรีดขางไม่ไหว วันไหนไม่ได้กรีดขางก็ไม่มีเงิน” “บางครั้งง่วงนอนมาก” มีบางคนบอกว่า”อาการแพ้ยาน่ากลัวมากจนไม่ยอมรับประทานยา ทำให้มีอาการ ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อ ซึ่งจริงๆ แล้วไม่อยากจะกลับไปโรงพยาบาลอีก กลัว ช่วงนี้จึงรับประทานยาไม่กล้าหยุดยาอีก”บางคนบอกว่า”ตอนนี้บางครั้งยังหยุดยาเองเมื่อรู้สึกง่วงมากทำงานไม่ไหว”เป็นต้น ซึ่งผลเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดงานรวมถึงกิจกรรมประจำวันมืออยู่รายหนึ่ง “เคยมีหนูแหว่ หงุดหงิดมากเนื่องจากไม่ยอมรับประทานยาจึงถูกไล่ออกจากงาน” ทำให้ขาดรายได้ระยะนี้จึงรับประทานยาต่อเนื่อง ซึ่งมีผลต่อการทำงานและกิจกรมประจำวัน

2. ด้านอัตมโนทัศน์ทางบวกพบว่ากลุ่มทดลองที่มีงานทำเมื่อไม่มีอาการแล้วไม่รับประทานยาต่อเนื่อง บางครั้งเมื่อมีความเครียดแล้วอาการกำเริบขึ้นอีก บางครั้งเพื่อนที่ทำงานถามเมื่อรู้ว่าเราเป็นโรคจิตแสดงท่าที่รังเกียจแต่เราก็ยอมรับได้ว่า ”เราเป็นโรคจิตจริงไม่สนใจว่าใครจะคิดอย่างไร”

3. ด้านความรู้ พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาการแพ้ยาได้จะใช้วิธีการหยุดยาเองเช่นผู้ป่วยบอกว่า”เมื่อแพ้ยาน้ำลายไหลมาก ตัวสั่นมือสั่นทานยาแก้แพ้ก็ไม่หาย บางครั้งเป็นหลายๆวันรู้สึกทรมานมากทนไม่ไหวต้องหยุดยาเอง” บางคนบอกว่า”เมื่อเริ่มรู้ว่าตนเองมีอาการแพ้ยาต้องพบแพทย์เท่านั้น” ผู้ป่วยเข้าใจว่าเมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์เท่านั้นไม่ใช่หน้าที่ของเราเองทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยกระตือรือร้นในการหาข้อมูลเพิ่มเติม จึงทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีดูแลตนเอง

4. ด้านแรงจูงใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกลุ่มทดลองบางคนรู้สึกว่ายู่ไปก็ไม่มีจุดหมายไม่มีญาติสนใจแต่ต้องสู้เพื่อตนเอง แต่คนที่มีความรอบคอบโดยเฉพาะมีญาติรอคอยและเป็นกำลังใจในการรักษาให้หายจากโรคก็จะมีกำลังใจในการรักษาเช่น บุตร คู่สมรส บิดามารดาหรือจำเป็นต้องต่อสู้เพื่อคนที่เรารัก

5. ด้านระบบความเชื่อ พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เชื่อว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์เป็นผู้รักษา แต่บางคนเชื่อว่าเป็นหน้าที่ของตนเองที่จะต้องดูแลตนเองเป็นอย่างดี ไม่มีใครมาช่วยเหลือเราได้ บางคนบอกว่าสาเหตุของการมีอาการมาจากการถูกระทำทางไสยศาสตร์ ถูกครุหมอนินราห์ เจ้าที่

เจ้าทาง พระภูมิ ให้โทษ บางครั้งเคยไปรักษาทางไสยศาสตร์อาการทุเลาแต่ก็กลับเป็นขึ้นมาอีก เชื่อว่าการรับประทานยาทางจิตทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลงตอนนี้ตนเองไม่มีอารมณ์ทางเพศอีกเลยตั้งแต่รับประทานยาทางจิต สำหรับผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามบอกว่า “เชื่อมั่นว่าพระเจ้าจะช่วยให้หายจากโรคได้” หรือบอกว่าถ้าเราไม่ได้ละหมาดจะถือว่าเป็นบาปและไม่สามารถทำให้เราหายจากโรคได้” “ผมเชื่อมั่นในพระเจ้า”

6. ความอดทนทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาการปฏิบัติหน้าที่ทางครอบครัวโดยเฉพาะเมื่อมีอาการกำเริบ บอกว่า” บางวันทำงานไม่ได้เลย ช่วงที่ผมมีอาการ หัวหน้าไหล่ผมออกจากงานตอนนี้ผมว่างงานอยู่ ” บางคนเล่าว่า “เมื่อเขารู้ว่าเราเป็นบ้า เขาก็รังเกียจ” บางคนก็บอกว่า “ก็เราน้ำจริงก็ยอมรับเราก็รู้สึกสบายใจดี” ส่วนการสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยเล่าว่า “พอจะไปปรับยาแทนทุกครั้งหรือไม่ก็ไปเป็นเพื่อนเมื่อแพทย์ต้องการพบ” บางคนพ่อแม่ไม่เข้าใจแม่บอกว่า “แกไม่ควรรับประทานยาทำให้แกแปลกๆไป ทำให้ผมทะเลาะกับแม่เรื่องการรับประทานยาต่อเนื่อง” แต่ญาติส่วนใหญ่จะให้กำลังใจเอาใจใส่ดีจะรับยาแทนผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพโดยบอกว่า เมื่อเจอเจ้าหน้าที่พูดดี ดูเหมือนอาการของโรคจะหายไปด้วย เมื่อมาหาหมอที่สวนสราญรมย์กลับไปบ้านหายทุกที่พยาบาลก็พูดให้กำลังใจ พยาบาลที่นี้ใจดีกับทุกคน ชอบเวลาหมอนัดมาพบกันให้ได้พูดคุยเพราะเป็นคนชอบพูด แถวๆบ้านไม่มีใครเขารังเกียจผมหรือเขาบอกว่าผมพูดตลกดี ถ้าไม่มีผมเขาก็เงียบกัน

จากข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีแหล่งพลังอำนาจ ด้านผลจากการใช้ยาทางจิต ทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทักษะคิดของคนใกล้ชิดต่อการรับประทานยา ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง สัมพันธภาพต่อทีมสุขภาพ ความเชื่อค่านิยมต่างๆ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติตนต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังจะสังเกตได้จากแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นเครื่องมือกำกับการทดลองพบว่าคะแนนแหล่งพลังอำนาจอยู่ระหว่าง 3.40 - 5.00 ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจสูงกว่าระดับปานกลางขึ้นไป และแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีคะแนนระหว่าง 2.80 - 4.40 จึงจัดได้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีแหล่งพลังอำนาจและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูงซึ่งสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายและนำเสนอ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n = 20)		กลุ่มควบคุม(n= 20)		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	9	45	13	65	22	55.00
หญิง	11	55	7	35	18	45.00
อายุ						
20 - 29 ปี	4	20	5	25	9	22.50
30 - 39 ปี	6	30	7	35	13	32.50
40 - 49 ปี	3	15	7	35	10	25.00
50 - 59 ปี	7	35	1	5	8	20.00
สถานภาพสมรส						
โสด	9	45	11	55	20	50.00
คู่	6	30	5	25	11	27.50
หม้าย/หย่า/แยก	5	25	4	20	9	22.50
ระดับการศึกษา						
ไม่เรียนหนังสือ	1	5	1	5	2	5.00
ประถมศึกษา	11	55	5	25	16	40.00
มัธยมศึกษา	7	35	9	45	16	40.00
อนุปริญญา	1	5	4	20	5	12.50
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	1	5	1	2.50

จากตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 55 โดยมีอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 30-39 ปี มีสถานภาพโสด ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40 เท่ากัน

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาเจ็บป่วย จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
รับจ้าง	3	15	1	5	4	10.00
รับราชการ	-	-	1	5	1	2.50
ค้าขาย/ธุรกิจ	-	-	4	20	4	10.00
เกษตรกรรม	10	50	7	35	17	42.50
ว่างงาน	7	35	7	35	14	35.00
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	14	70	13	65	27	67.50
ไม่เพียงพอ	6	30	7	35	13	32.50
ระยะเวลาเจ็บป่วย						
น้อยกว่า 5 ปี	10	50	6	30	16	40.00
มากกว่า 5 ปี	10	50	14	70	24	60.00
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล						
น้อยกว่า 5 ครั้ง	14	70	14	70	28	70.00
มากกว่า 5 ครั้ง	6	30	6	30	12	30.00

ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม มีความเพียงพอของรายได้ มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี และจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่น้อยกว่า 5 ครั้ง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

คุณภาพชีวิตรายด้าน	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
1.สุขภาพและการทำหน้าที่	15.74	2.50	ปานกลาง	16.93	3.43	ปานกลาง	.21
2.สังคมและเศรษฐกิจ	15.94	2.50	ปานกลาง	16.39	3.14	ปานกลาง	.61
3.จิตใจและจิตวิญญาณ	16.90	3.02	ปานกลาง	15.50	2.12	ปานกลาง	.09
4.ครอบครัว	17.56	6.56	ปานกลาง	17.14	6.54	ปานกลาง	.98
รวม	15.75	2.34	ปานกลาง	16.30	2.59	ปานกลาง	.70

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองรายข้อ

ข้อความ	\bar{X}	S.D.
-การดูแลตนเองจะทำให้อาการทางจิตดีขึ้น	4.70	.57
-ยอมรับภาวะที่ต้องรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานได้	4.65	.59
-มีความสามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการได้	4.60	.68
-มีความหวังว่าจะดูแลตนเองได้ดีขึ้น	4.60	.75
-รู้ว่ามีคุณค่าและมีความสำคัญต่อบุคคลอื่น	4.60	.68
-ได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากบุคคลในครอบครัว	4.60	.68
-มีเป้าหมายในชีวิต	4.60	.60
-มีความหวังในการใช้ชีวิตได้ตามปกติ	4.55	.83
-ยึดมั่นเชื่อถือในสิ่งศักดิ์สิทธิ์และสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	4.55	.83
-เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง	4.50	.83
-สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้	4.40	.94
-เชื่อว่าการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตัวเอง	4.40	.82
-มีความสามารถสังเกตอาการก่อนการป่วยซ้ำได้	4.40	.68
-มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวได้	4.40	.75
-ได้รับความช่วยเหลือด้านจิตใจจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ	4.40	.75
-รู้ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน	4.25	.79
-มีความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้	4.25	.97
-มีความสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาในระยะเริ่มแรกได้	4.20	.77
-รู้วิธีหาแหล่งสนับสนุนข้อมูลได้ในชุมชน	4.10	.91
-ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว	4.00	.79

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนพลังอำนาจผู้ป่วยโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.40 – 5.00 ซึ่งจัดว่าพลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป จึงจัดว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยทั้งหมดผ่านเกณฑ์กำหนดไว้ทุกคน

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกลุ่มทดลองรายข้อ

ข้อความ	\bar{X}	S.D.
-ผู้ป่วยใช้ถ้อยคำการสนทนาเหมาะสม	4.35	.75
-ผู้ป่วยสบตาขณะสนทนา	4.25	.55
-ผู้ป่วยแสดงความไว้วางใจโดยเล่าเรื่องตนเอง	4.15	.75
ให้สมาชิกในกลุ่มฟัง		
-ผู้ป่วยพูดจาได้ต่อการทักทายด้วยความเป็นมิตร	4.15	.59
-ผู้ป่วยพยายามมีส่วนร่วมในกิจกรรมขณะร่วมกลุ่ม	4.15	.81
รวมถึงการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม		
-ผู้ป่วยพยายามพูดคุยสนทนากับผู้ป่วยอื่น	4.10	.79
-ผู้ป่วยแสดงท่าทีสนใจกระตือรือร้นเมื่อแนะนำ	4.05	.83
ให้รู้จักผู้ป่วยอื่น		
-ผู้ป่วยพูดคุยและมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนมากกว่า 2 คน	4.00	.79
-ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส	3.95	.69
-ผู้ป่วยกล่าวทักทายผู้อื่นก่อน	3.95	.76

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 2.80 - 4.40 ซึ่งมีอยู่ระดับปานกลางขึ้นไปซึ่งแสดงว่าทุกคนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายด้านก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
1. สุขภาพและการทำหน้าที่	15.74	2.50	ปานกลาง	25.52	3.10	สูงที่สุด	12.46*
2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	15.94	2.50	ปานกลาง	24.19	3.58	สูงที่สุด	11.97*
3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	16.90	3.02	ปานกลาง	24.34	3.51	สูงที่สุด	12.20*
4. ด้านครอบครัว	17.56	6.56	ปานกลาง	25.66	3.88	สูงที่สุด	7.02*
รวม	15.75	2.34	ปานกลาง	24.39	2.90	สูงที่สุด	12.78*

*P < .05

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 นั่นคือ คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทราย
ด้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิต	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
1.สุขภาพและการทำหน้าที่	16.66	3.54	ปานกลาง	25.52	3.10	สูงที่สุด	8.39*
2.ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	17.10	3.62	ปานกลาง	24.19	3.58	สูงที่สุด	6.22*
3.ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	17.57	3.32	ปานกลาง	24.34	3.51	สูงที่สุด	6.25*
4.ด้านครอบครัว	17.56	6.37	ปานกลาง	25.66	3.88	สูงที่สุด	4.85*
รวม	16.48	2.54	ปานกลาง	24.39	2.90	สูงที่สุด	9.15*

* $p < .05$

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 นั่นคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ด้านภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi – experimental Research) ออกแบบการทดลองเป็นการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนกับหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1.คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

2.คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.ประชากรคือผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

2.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปีมีภูมิลำเนาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2547 ถึงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2547 โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนนัดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา โดยกำหนดให้ผู้ป่วย 20 แรกเป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วย 20 คนหลังเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ชุดคือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองคือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992)

และได้พัฒนาโดยดาร์ณี จามจุรีและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ร่วมกับแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของPeplau(1952) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างโปรแกรม รูปแบบกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 7 ท่านมีทั้งหมด 6 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อค้นหาสภาพการณ์จริงในผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยด้วยการสะท้อนคิดและ
สร้างความเข้าใจสถานการณ์

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนแหล่งข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท ทักษะการสื่อสารสำหรับผู้ป่วย
จิตเภท

ขั้นตอนที่ 5 การสร้างความมั่นใจในการจัดการกับอาการต่างๆด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจและการคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิต

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยข้อความคำถามจำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต จากแนวคิดของ Ferrans & Powers (1985, 1992) (Epilepsy version - III) ซึ่งแปลและพัฒนาโดย หงส์ บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งได้ใช้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นข้อความประกอบด้วย การประเมิน 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ด้านความพึงพอใจ ส่วนที่ 2 ด้านความสำคัญ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และโครงสร้างของแบบวัดโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 7 ท่านคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity index) ได้ค่าดัชนีเท่ากับ.93 หลังจากนั้นนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คนตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงด้านความพึงพอใจเท่ากับ 0.82 และด้านการให้ความสำคัญเท่ากับ 0.89

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ขั้นที่ 2 พัฒนาเครื่องมือแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

ขั้นที่ 3 ขึ้นเตรียมการโดยการประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 4 ดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่สร้างขึ้นในกลุ่มทดลองทั้ง 4 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มจะได้รับการสอนโดยกระบวนการกลุ่มจำนวน 6 ครั้งๆละ 1 กิจกรรม รวมระยะเวลา 6 สัปดาห์

สำหรับในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลตึกผู้ป่วยนอกได้แก่ คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ คำปรึกษาตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นที่ 5 ประเมินผลการทดลอง

หลังสิ้นสุดโปรแกรมการทดลองทันที ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่าง มาวัดคุณภาพชีวิตทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows [Statistical Package for the Social science for Windows] ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)
3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สรุปผลการทดลอง

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีผลการวิจัยพอสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมุติฐานในการวิจัย 2 ประการคือ

1. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม
 2. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
- จึงสรุปได้ว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสามารถทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้น

อภิปรายผลการทดลอง

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 1 จากผลของการวิจัยดังกล่าวพออภิปรายผลได้ดังนี้

โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของดาร์ณี จามจรี และจินตนา ญานิพันธ์ (2545) และแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau (1952) โดยได้ผสมผสาน ทั้ง 2 แนวคิดรวมเป็น 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ ผู้ป่วยได้เริ่มรู้จักกับพยาบาลและสมาชิกที่มาร่วมกิจกรรม สมาชิกบางคนก็เคยรู้จักมาก่อนทำให้เกิดความไว้วางใจพยาบาลรวมทั้งสมาชิกที่มาร่วมกิจกรรม หลังจากได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ขั้นตอนที่ 2 ผู้ป่วยเริ่มไว้วางใจบอกถึงปัญหาและความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างการเจ็บป่วย ยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ทั้งที่ จุดแข็งและจุดอ่อน รับรู้ปัญหาของตนเอง รวมถึงปัญหาการสื่อสารในครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 สร้างพลังในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยให้สมาชิกร่วมกันคิด แสดงความคิดเห็น ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองแต่ละคนและรับทราบวิธีการแก้ไข ปัญหาต่างๆเหล่านั้น ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนข้อมูลเนื่องจากสมาชิกอาจไม่ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรค การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นมีผลต่อตนเองอย่างไรก็สามารถทำให้ทุกคนเห็นถึงประโยชน์ในการให้ข้อมูล มองเห็นแหล่งพลังอำนาจในตนเอง และสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และในขั้นตอนที่ 5 ให้นำเสนอปัญหาที่ทุกคนเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยจริง ทำให้ทุกคนเรียนรู้ปัญหาจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วย ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ขั้นตอนที่ 6 ทุกคนได้มีโอกาสถามถึงปัญหาที่ได้รับ รวมถึงการได้ให้ทุกคนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน บอกถึงความรู้สึกที่มีต่อกันทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยอย่างมั่นใจ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อตนเองและต่อผู้อื่น เกิดเป้าหมายในชีวิตมีแรงบันดาลใจให้ประสบความสำเร็จและมีพลังอำนาจในตนเอง โดยพยาบาลบอกกล่าวยุติสัมพันธภาพเมื่อผู้ป่วยมีแนว

ทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวและให้กำลังใจให้ผู้ป่วยช่วยกันดูแลสุขภาพตนเอง เหมือนกับที่ผู้ป่วยทุกคนได้ทำมาแล้ว

สอดคล้องกับพวงรัตน์ บุญญานุรักษ์(2537) ได้กล่าวถึงแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประการหนึ่งเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย คือการสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมุ่งให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้เองรวมทั้งครอบครัวชุมชนปฏิบัติได้เอง และการหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพนั้นต้องราคาถูกและมีประโยชน์โดยการที่ผู้ป่วยตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเอง และพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น จะทำให้รู้สึกถึงการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจและสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตตนเองได้ (จรรย์วัตร คมพัยค์ษ์,2535;สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ,2537;จินตนา ยูนิพันธุ์,2542) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีลักษณะการใช้กระบวนการกลุ่มในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และตระหนักในการเลือกวิถีการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการจัดการกับอาการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อให้ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆในชีวิตนั้นคือผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยหลายฉบับเช่น การศึกษาของจากรุวรรณ จินตามงคล (2541) ที่พบว่าผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับศึกษาของสรินทร์ เขียวใสธร (2545) ที่พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้นและพนารัตน์ เจนจบ (2542) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถดูแลสุขภาพมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Kayama (2001) ได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่าหลักสำคัญในการเยี่ยมบ้านคือ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย การให้กำลังใจผู้ป่วยในด้านการหาแหล่งบริการช่วยเหลือ การพัฒนาการดำเนินชีวิตในชุมชน การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับครอบครัว

ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองที่ต้องจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นต้องมีแนวทางในการแก้ไข มีความเชื่อถือในตนเองมากขึ้น เปิดใจยอมรับผู้อื่นมากขึ้นมองเห็นประโยชน์ของการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การใช้ทักษะการสื่อสารที่ดี มีความหวังในการมีชีวิตอย่างปกติสุข ปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ด้วยตนเอง มีความเชื่อทางบวก รวมทั้งการเชื่อมั่นในความสามารถในตนเองมากขึ้น นั่นแสดงว่าผู้ป่วยเชื่อมั่นในการมีพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วยมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของSuk bling (1998) พบว่าผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพส่งผลต่อ1) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ 2) การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติ

กรรม 3) การเปลี่ยนแปลงด้านการมีสุขภาพที่ดี (Well being) ซึ่งผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลต่อสุขภาพที่ดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

โดยที่สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาชีวิต เกิดการเรียนรู้ใหม่แก้ไข ความคิดทัศนคติและความรู้สึกที่ไร้เหตุผล โดยพยาบาลใช้ตนเองและเทคนิคการสื่อความหมายเป็นเครื่องมือเพื่อช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดทัศนคติ ความรู้สึกที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น การที่ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพในกลุ่มช่วยให้เขาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปรับปรุงตนเองเพื่อที่เขาสามารถที่จะดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุขทำให้เขาเกิดความพึงพอใจในองค์ประกอบต่างๆในชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นกับสังคมดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Atkinson, J.M. 1996)

พอสรุปได้จากคำพูดของผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดดังนี้ “เมื่อก่อนเมื่อผมเครียดหรือไม่สบายใจผมมักไปดื่มเหล้ากับเพื่อนจึงมีอาการกำเริบซึ่งตอนนี้คิดว่าต้องต่อสู้กับปัญหา ต้องหาทางแก้ไข ทุกสิ่งทุกอย่างอยู่ที่ตนเองทั้งนั้น เหมือนที่พยาบาลบอกผมจริงๆ” “การพูดกับคนอื่นทำให้เราสบายใจขึ้น ดีกว่าเก็บไว้คนเดียว ทำให้คนอื่นมองเราเป็นคนแยกตัว” “ถ้าผมดูแลตัวเองดี ทานยาสม่ำเสมอ ผมก็สามารถทำงานได้เหมือนคนอื่นเขา ไม่ต้องเข้านอนในโรงพยาบาลบ่อยๆ ผมมั่นใจว่าผมทำได้ เช่นเดียวกับคนอื่น” “การช่วยแม่ทำงานบ้าง ทำให้รู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้น ดีกว่าอยู่เฉยๆ” “ผมยอมรับได้ครับว่าผมเป็นโรคจิต แต่ผมทำงานทุกอย่าง ช่วยเหลือคนอื่นเท่าที่ช่วยได้ ชอบชวนคนอื่นพูดคุย ตอนนี้ไม่มีใครเขารังเกียจผม ผมหวังว่าวันหนึ่งผมจะได้ใช้ชีวิตได้เหมือนคนอื่นเขา” “เราเป็นโรคจิตเมื่อมีอะไรมาทำให้เราไม่สบายใจ อาจทำให้อาการกำเริบได้ เราควรทำใจให้สบาย รู้จักพอเหมือนคำพระท่านว่าเราก็สบายใจ “ คนในครอบครัวช่วยเหลือเราได้มาก เมื่อเราเจ็บป่วย เราควรเห็นใจคนในครอบครัวและเห็นถึงความสำคัญของญาติพี่น้องด้วย”

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการที่ผู้ป่วยตระหนักรู้ในตนเอง ยอมรับความจริงในสภาพการเจ็บป่วย การรู้จักคิดไตร่ตรองในสถานการณ์ต่างๆ การเรียนรู้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมถึงการที่พยาบาลใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดโดยใช้ตนเองและทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม ทำที่ที่เป็นมิตร โดยมีขั้นตอน วัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความพึงพอใจและให้ความสำคัญในองค์ประกอบชีวิตที่ดีขึ้น นั่นคือผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัดมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัด

2.ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการ บำบัดมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ.05

จากผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายผลได้ดังนี้

การให้การพยาบาลตามปกติที่พบขณะทำวิจัยประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โรคจิตจากยาบ้า การถามอาการของโรค การแนะนำให้มาตามนัด การแนะนำเกี่ยวกับการ รับประทานยา หรือการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นการบริการแบบผู้ป่วยนอก โดยจัดกลุ่มการ ให้ความรู้รวมผู้ป่วยทุกประเภทในการให้ความรู้ กระบวนการให้ความรู้มักเป็นรูปแบบการสอน แนะนำ ชี้แนะ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการแนะนำที่บอกว่าจะให้ ความรู้เรื่องใด การปฏิบัติพยาบาลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร จิรวัฒนกุลและ คณะ(2540) ได้ทำการศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชพบว่า การปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลฝ่ายกายและโรงพยาบาลจิตเวชปฏิบัติการ พยาบาลแบบ “Task oriented” โดยมุ่งที่การทำงานประจำให้แล้วเสร็จในแต่ละเวร ไม่มีการดำเนิน สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด กับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบชัดเจนการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นไปตามธรรมชาติ ไม่เน้นการสื่อสารเพื่อการบำบัด การสื่อสารเป็นแบบการสื่อสารทางเดียว จากพยาบาลสู่ผู้ป่วยในรูปแบบคำสั่ง คำสอนและคำแนะนำ

โดยจากการพูดคุยกับผู้ป่วยบางคนบอกว่าเมื่อพยาบาลให้คำแนะนำบอกว่า “ได้ความรู้” “มาเอายาเสร็จจะได้กลับบ้าน” บางคนบอกว่า “ มาเอายาเดิม พอมาเอายาให้ตลอด พอครบ 6 เดือนหมอบอกว่าต้องนำหนูมาด้วยมาตรวจอาการ” “เริ่มมีอาการรีบมาพบหมอ” บางรายบอกว่า ส่วนใหญ่รับยาทางไปรษณีย์ ไม่ได้มาโรงพยาบาลเริ่มมีอาการจึงมาหาหมอ” “มาไม่ค่อยได้พูดคุย กับใคร รอพยาบาลซักประวัติจะได้หาหมอ” “ที่นี้คนไข้เยอะ หมอไม่มีเวลาคุยด้วยหรอก”

จากเหตุผลดังกล่าวไว้ในข้างต้นแล้วกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง อำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการอภิปรายผลได้ผลชัดเจนแล้วว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการ ทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นแสดงว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง อำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีประสิทธิภาพสูง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเข้าใจปัญหา

ของตนเองและตระหนักรู้ปัญหา ตนเองมีส่วนสำคัญในการแก้ไขปัญหา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการ เรียนรู้ มีอัตมโนทัศน์เชิงบวกมากขึ้น สามารถมองเห็นปัญหาและสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ ด้วยตนเอง ส่งผลต่อการมีสุขภาวะดี ซึ่งผลลัพธ์ต่อเนื่องของการมีสุขภาวะที่ดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Suk bling,1998) โดยการเกิดความหวังในการรักษาให้ทุเลา ทำให้ผู้ป่วยมี กำลังใจต่อโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งความหวังช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงจากความรู้สึกอ่อนแอและต้องพึ่ง พายไปสู่ความรู้สึกถึงหน้าที่และการมีชีวิตอยู่อย่างเต็มที่ที่เป็นไปได้ (Miller, 1991) ซึ่งสามารถดำรง ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ส่งผลต่อการประเมินความพึงพอใจในชีวิตนั่นคือ ผู้ป่วยจิตเภท มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกประการหนึ่ง คือ การได้มีโอกาสพบเห็นผู้ป่วยรายอื่นที่ประสบความสำเร็จ ช่วยสร้างความหวังกับผู้ป่วยที่เป็นโรคอยู่ จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังต่อการรักษาและมีชีวิตอยู่ด้วย

ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจหลาย ฉบับเช่น การศึกษาของจากรุวรรณ จินดามงคล(2541) ที่พบว่าผลการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเผชิญปัญหาปัญหาจากการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอด คล้องกับการศึกษาของ พนาร์ตน์ เจนจบ (2542) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมี ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) พบว่าการ เสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้น ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีพฤติ กรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพดีขึ้น ส่งผลต่อการพยากรณ์โรคในระยะยาวดีขึ้น ทำให้มีสุขภาวะ ที่ดีซึ่งเป็นสภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด

จากการเข้าไปดำเนินการทดลอง พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธ ภาพเพื่อการบำบัด เป็นโปรแกรมที่มีขั้นตอนชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้ สามารถทดแทนสัมพันธ ภาพเชิงบำบัดรายบุคคลซึ่งพยาบาลมีหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ และไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้พยาบาล และสามารถนำไปใช้ได้มีประสิทธิภาพอีกด้วย สำหรับระยะเวลาอาจแตกต่างกันตาม ลักษณะอาการของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่มีลักษณะเสื่อมถอยมากอาจต้องใช้ระยะเวลานาน แต่อย่างไร ก็ตาม การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย เป็นการเพิ่มศักยภาพในการจัดการกับปัญหาการเจ็บ ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการ บำบัดสามารถพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด นับ ได้ว่าเป็นการส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทให้มี ประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีและส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจต่อองค์ ประกอบต่างๆในชีวิต และเนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญทางการพยาบาล ดังนั้นการ ใช้โปรแกรมนี้เข้าไปให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ให้มีความพึงพอใจในองค์ประกอบใน

ชีวิตส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการพยาบาล นอกจากเป็นการลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำแล้วยังเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน เน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทช่วยเหลือตนเองสามารถอยู่ในครอบครัว สังคมและชุมชนอย่างมีความสุข ทั้งยังเป็นการลดการสูญเสียทั้งด้านบุคคล สังคมและเศรษฐกิจของประเทศได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.ในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดพยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้การปรึกษาด้านสุขภาพ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งมีทักษะการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมตามที่กำหนด

2.การเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนควรมีการติดตามผลระยะยาวทุก 1 ,3 ,6 เดือน เพื่อความคงอยู่ของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นและติดตามผลอัตราการป่วยซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1.ควรมีการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนออกสู่ชุมชนและสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้ เมื่อต้องประสบกับปัญหาเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.ควรศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆในชุมชน เช่น ผู้ป่วยซึมเศร้า โรคจิตทางอารมณ์ เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในแต่ละโรค

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัลยาณี โนนินทร์. 2542. การดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน. การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. 2536. โรคจิตเวช. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน. 2543. คู่มือปฏิบัติงาน: การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สำหรับผู้ปฏิบัติงาน. สุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุวรรณอักษร.
- จริยาวัตร คมพัยค์ษ์. 2537. การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ. ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าศิริราชครั้งที่ 8 เรื่องวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า: ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จอม สุวรรณโณ. 2542. บทบาทพยาบาลในการบำบัดแบบองค์รวม. วารสารพยาบาล. 48(1): 13-20.
- จันทร์หา วีระสมบุญณ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จารุวรรณ จินตามงคล. 2541. ผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2539. การเสริมสร้างพลังอำนาจวิชาชีพ. ในภาวะผู้นำกับการเสริมสร้างพลังอำนาจวิชาชีพ. เอกสารประชุมวิชาการของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (26-28 มิถุนายน 2539).
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13(ม.ค.-มิ.ย.): 1-13.
- ดรุณี คชพรหม. 2543. ผลของกลุ่มบำบัดระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- दारณี จามจรี. 2544. การศึกษาพลังอำนาจในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย. เอกสารประกอบปริญญาานิพนธ์ระดับดุษฎีนิพนธ์บัณฑิต สาขาการวิจัยและการพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- दारณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธุ์. 2545. รายงานการวิจัยการศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ดารา ศัตรูถี่,ดวงตา กุลรัตนญาณ,สมสกุล สุภัทราพันธ์. 2539. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. โรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ทิวาพร ฟูเฟื่อง. 2544. การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. ศูนย์สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- นิตยา ตากวิริยะนนท์และชนะมน สุยะชีวัน. 2536. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟู. สงขลา นครินทร์เวชสาร. 11(1): 29-40.
- ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. 2534. การศึกษาบทบาทสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปัทมา ศิริเวช. 2545. การดูแลอย่างต่อเนื่องบริการที่เลือกได้. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 10(1): 1-5.
- พนารัตน์ เจนจบ. 2542. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยช้ออกเสบรมมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช. 2542. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13(กรกฎาคม-ธันวาคม): 45-54.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2537. ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ:ลำดับความสำคัญในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่องวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า:ทิศทางการและรูปแบบ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. 2540. ตราบาปและโรคทางจิตเวช. วารสารสวนปฐุ. 13(1): 29-36.

- พะยอม อยู่สวัสดิ์. 2537. การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต: ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ:ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่องวิจัยทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า:ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิบูล นันทชัยพันธ์. 2539. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยติดเตียงเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพลินพิศ จันทศักดิ์และคณะ. 2539. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 4(2): 136-138.
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. 2534. ตำราจิตเวชศาสตร์. หน่วยเอกสารวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2539. จิตเวชศาสตร์วามาธิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2542. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต .13: 1-9.
- วิมาพร มาพบสุข. 2540. การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมวิชาการ.
- ศิริพร จีรวัดณ์กุลและคณะ. 2540. สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารวิจัยทางการพยาบาล. 1(1): 53-69.
- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. 2545. แนวทางการผสมผสานบริการจิตเวชในระบบปฐมภูมิและทุติยภูมิภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 10(1): 32-35.
- ศูนย์สารสนเทศ. 2544. ข้อมูลผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยปีงบประมาณ 2544. แผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา.
- สมคิด ตริวาทิ. 2545. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต: ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ:ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่องวิจัยทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า:ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมภพ เรืองตระกูล. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมพันธ์ หนีญชีระนันท์. 2539. การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต. วารสารพยาบาล. 45(4): 1-3.
- สมัยพร อาชาล. 2543. ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สรินทร เขียวโสธร. 2545. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธุพร พุดขาว. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สวนสราญรมย์, โรงพยาบาล. 2545. สถิติผู้ป่วยนอกและสารสนเทศ. เอกสารอัดสำเนา.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. คุณภาพชีวิตการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์.
- สุขภาพจิต, กรม. 2541. คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุขภาพจิต, กรม. 2545. สถิติโรงพยาบาลจิตเวช. รายงานประจำปีเดือน กองแผนงาน.
- สุจรรยา แสงเขียวงาม. 2545. ผลของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล สมัตตะ. 2541. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. 2544. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: โรงพิมพ์รัตนสุวรรณ.
- หงส์ บรรเทิงสุข. 2545. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรรถพรณ ลีอนุญธวัชชัย. 2541. การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 12: 86-96.
- อรรถพรณ ลีอนุญธวัชชัย. 2545. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. 2540. จิตบำบัดและการให้การปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้าปรีณิติง.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2541. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ ปรีณิติง.

ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. 1994. Diagnosis and Statistical Manual of Mental disorders. 4th edition: Washington DC.
- Agarwal, M. R. et al. 1998. Non-compliance with treatment in patients suffering from Schizophrenia: A study to evaluate possible contributing factors. International Journal of social psychiatry. 44 (2): 92-106.
- Aberti, R. E. and Emmons, L. E. 1970. Your perfect right: a guide to assertive living. California: Impact.
- Atkinson, L. D. and Murry, M. E. 1995. Clinical Guide to Care Planning. New York: McGraw-Hill.
- Atkinson, J. M. 1996. The Impact of education groups for people with Schizophrenia on Social Functioning and quality of life. British Journal of Psychiatry. 168: 199-204.
- Barry, M. M. and Crosby, C. 1997. Quality of life an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long term psychiatric disorders. British of Psychiatry. 168: 210-16.
- Berger, B. A. ,Anderson-Harper, H. M. and Kavookjian, J. 2000. Patient Empowerment .[Online].Available from :<http://pharmacy.aubum.edu/pcs/download/empowerment.html>
- Bobes, J., and Gonzalez, M. P. 1997. Quality of life .In: Kastching,H.Freeman,H. & Satorious N.editor .Quality of life in mental disorders . New York.John Wiley & sons.

- Bruckhardt, C. S. 1985. The impact of arthritis quality of life. Nursing Research. 34: 11-16.
- Carpenito, L. J. 1983. Nursing diagnosis: application to clinical practice. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Carpenito, L. 1991. Handbooks of nursing diagnosis. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Caron, J., et al. 1998. Component of social support and quality of life in severely mentally ill, low income and a general population group. Community Mental Health Journal. 34(5): 459-475.
- Conger, J. A., and Kanungo, R. N. 1988. The Empowerment process: Integrating Theory and Practice. Academy Management Review. 13: 471-482.
- Corrigan, W. P. 1997. Behavior Therapy Empowers Persons With Severe Mental illness: Behavior Modification. 21(1): 45-61.
- Ellis – Stoll, C., and Popkess – vawters. 1998. A concept analysis on the process of empowerment. Advance Nursing Science. 21(2): 62-68.
- Ferrans, C. E., and Powers, M. J. 1985. Quality of life index: developmental and psychometric properties. Advance in nursing science. 8(1): 15-24.
- Ferrans, C. E., and Powers, M. J. 1992. Psychometric assessment of the quality of life index. Research nursing health. 15: 29-38.
- Funnell, M. M., et al. 1991. Empowerment: An Idea Whose Time Has Come In Diabetes Education. The Diabetes Education. 17(1): 37-41.
- Greenberg, J. S., et al. 1993. Mother caring for on adult child with schizophrenia. Family relation . 42: 205-211.
- Green, C. A., et al. 2001. Quality of life in treated and never- treated schizophrenia patients. Acta Psychiatry Scandinavia. 103: 131-142.
- Gibson, H., and Chery. 1995. The process of empowerment in mother of chronically ill children . Journal of advance nursing. 21: 1201-1210.
- Gupta, S.; Kulhara, P.; and Verma, S. K. 1998. Quality of life in schizophrenia and dysthymia. Acta Psychiatry Scandinavia. 97: 290-296.
- Hawkes, J. H. 1992. Empowerment in nursing education: concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. Journal of Advance Nursing. 21(1): 72-82.

- Johnson, B. S. 1993. Psychiatric Mental Health Nursing. 3rd edition. Pennsylvania: J. B. Lippincott.
- Johnson, K. 1997. Stigma. Journal of advanced Nursing. 26: 891-898.
- Jones, P. S., and Meleis, A. I. 1993. Health is Empowerment. Advance in Nursing Science. 15(3):1-4.
- Katsching, H.; Freeman, H.; and Satorious, N. 1997. Quality of life in mental disorders. New York. John wiley & sons.
- Katsching, H. 2000. Schizophrenia and quality of life. Acta Psychiatry Scandinavia. 102: 33-37.
- Lehman, A. F. 1982. Chronic mental patients: the quality of life issue. American Journal of Psychiatry. 139(10): 1270-1275.
- Lehman, A .F.; Possidente, S.; and Hawker, F. 1986. The quality of life of patients in a state hospital and in community residences. Hospital community psychiatry. 37: 901-907.
- Lubkin , L. M. 1986. Chronic illness: impact and intervention. Boston Jones and Bartlet Publisher, Inc.
- Meltzer, H. Y., et al. 1990. Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life chronic schizophrenia patients. Hospital and community psychiatry. 41(8): 892-897.
- Mercier, C.; Peladeau, N.; and Tempier, R. 1998. Age, gender and quality of life. Community mental health journal. 34(5): 487-499.
- Miller, J. F. 1992. Coping with chronic illness : Overcoming powerlessness. 2 nd ed. Philadelphia : F.A.Davis.
- Moller, M. D., and Murphy, M. F. 2001. Neurobiological response and schizophrenia and psychotic disorder. In Stuart ,G.W. & Lara,M.T.: Principal and practice of Psychiatric nursing. St. Louis: Missouri.
- Murray , R. B., and Huelskotter, M. W. 1991. Psychiatric Mental Health Nursing: Giving Emotion care. 3nd edition. California: Appleton & Lange.
- Murry, C. J. L., and Lopez, A. D. 1996. The global burden of disease : A comprehensive assessment of mortality and disability. Injury and risk factors in 1990 and project to 2020. Massachusate: Cambridge.

- Norman, R. M., et al. 2000. The relationship of symptoms and level of functioning on schizophrenia to general well-being and quality of life scale. Acta Psychiatry Scandinavia. 102: 303-309.
- Oliver, J. P.; Priebe, S.; and Kaiser, W. 1999. Quality of life and mental health care. Philadelphia: Biddles Ltd.
- Padilla, G. V., and Grant, M. M. 1985. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Advance in nursing science. (Oct): 45-60.
- Peplau, H. E. 1952. Interpersonal Relation in Nursing. New York: G.P. Putnam's Son .
- Risser, N. L. 1975. Development of instrument to measure patient satisfaction with Nurses and nursing care in primary care setting. Nursing Research. 24(Jan-Feb): 45-52.
- Ritsner, M., et. al. 2003. Predictors of Quality of life in major psychosis: a naturalistic follow-up study. Journal clinical psychiatry. 64(3): 308-315.
- Rose, E. L. 1997. Family of Psychiatric patients: A critical review and future research direction. Archive of Psychiatric Nursing. 31: 19-21.
- Rodwell, C. M. 1996. A concept analysis of empowerment. Journal of Advance Nursing. 22(2): 305-313.
- Ruggeri, M., et al. 2001. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: factor analytical approach. British Journal of Psychiatry. 178(3): 268-275.
- Ruggeri, M., et al. 2002. Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services: the South-verona outcome project 5. Acta Psychiatry Scandinava. 105 : 131-140.
- Sadock, B. J., and Sadock, V. A. 2001. Kaplan & Sadock's Pocket handbook of clinical psychiatry. 3rd editon. Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins.
- Skanze, K., et al. 1992. comparison of quality of life with standard of living in schizophrenia out- patients. American Journal of Psychiatry. 161: 797-801.
- Stapleton, S. 1992. Chapter 7. Etiology and indicators of powerlessness in persons with End -stag renal disease. In Coping with chronic illness: Overcoming Powerlessness. 2nd edition. Edit by Miller, J. F. p.163-178. Philadelphia: F. A. Davis.

- Suk bling, M. S. 1998. A model of empowerment for Hong Kong Chinese cancer patients and The role of self – help group in the empowerment process. Dissertation: Ph.D.(Nursing).Hong Kong: The Hong Kong Polytechnic University. Photocopied.
- Sullivan, G.; Wells, K., & Leaker, B. 1992. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. Hospital and community psychiatry. 43(8): 794-798.
- Talor, M. C. 1994. Essentials of Psychiatric Nursing. 4th edition. St. Louis: Mosby.
- Ware, J. E. 1984. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. Cancer. 3: 2316-2323.
- WHOQOL Group. 1996. What quality of life? World health forum.17(Nov): 354-356.
- World Health Organization. 1992. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.
- Zhan, L. 1992. Quality of life: conceptual and measurement issues. Journal of Advanced Nursing. 17: 795-800.
- Zimmerman, M. A. 1995. Psychological Empowerment: Issues and illustrations. American Journal of Community Psychology. 23(5): 581-599.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - สกุล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

1. ผศ. ดร. วันดี สุทธิรังษี อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์หงส์ บรรเทิงสุข อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี อุบลราชธานี
4. ร้อยเอกหญิงสรินทร เขียวโสธร อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
5. นางเพ็ญ คันธสายบัว พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
6. นางสาวจรรุวรรณ จินดามงคล พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา
7. นางนพรัตน์ ไชยธานี พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความคงที่ภายในใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach coefficient) ดังนี้(บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร, 2545: 210)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

α = ค่าความคงที่ภายใน
 n = จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบสอบถาม
 $\sum S_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
 S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มผู้ใช้สูตร Dependent t-test (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร, 2545:355)

$$t = \frac{\bar{d}}{S_d / \sqrt{n}}$$

\bar{d} = ผลของค่าเฉลี่ยกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2

S_d = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2

n = จำนวนคู่ของคะแนน

$df = n - 1$

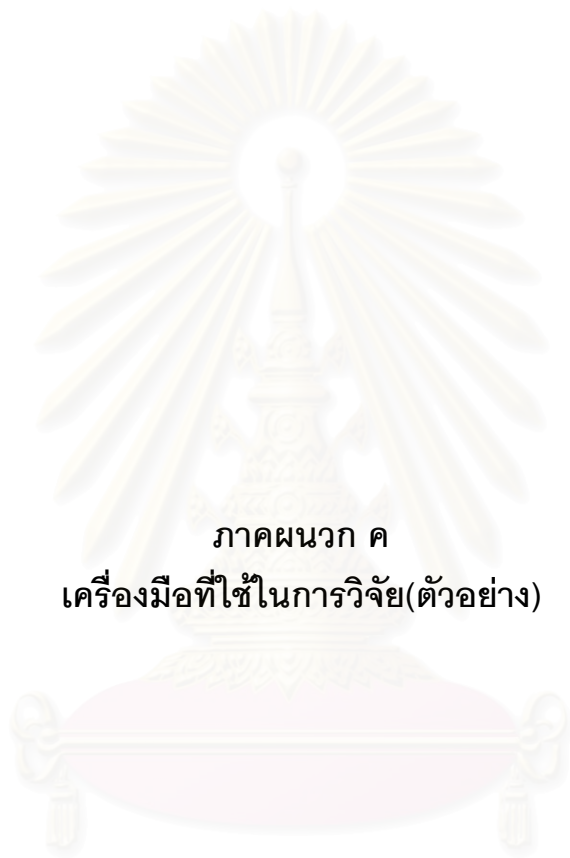
3. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมใช้สูตร Independent t-test (เพชรน้อย สิ่งข้างซ้ายและคณะ, 2535:212)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2 - (\mu_1 - \mu_2)}{S_p \sqrt{(1/n_1 + 1/n_2)}} \quad df = n_1 + n_2 - 2$$

$$\text{เมื่อ } S_p^2 = \frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย(ตัวอย่าง)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย □□

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์

เครื่องมือชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความแล้วใส่เครื่องหมาย X ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 1 ชุดคือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส
 โสด คู่ หม้าย หย่า/ร้าง
4. การศึกษา
 ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา
ปริญญาตรี อื่นๆโปรดระบุ.....
5. อาชีพ
 รับราชการ ค้าขาย เกษตรกรรม รับจ้าง ว่างงาน
5. ความเพียงพอของรายได้
 เพียงพอ ไม่เพียงพอ
4. ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท.....
5. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

คำชี้แจง1. ข้อความต่อไปนี้กล่าวถึงสภาพที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของท่านในขณะนี้ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมดแบ่งเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 ท่านมีความพึงพอใจกับสภาพดังกล่าวมากน้อยเพียงใดและตอนที่ 2 สภาพดังกล่าวมีความสำคัญต่อท่านมากน้อยเพียงใดโปรดใส่เครื่องหมายลงในช่องหมายเลขที่ตรงกับคำตอบของผู้รับการสัมภาษณ์

2. โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังว่าตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใดซึ่งคำตอบแต่ละข้อไม่มีความหมายเชิงถูกหรือผิด พึงพอใจและสำคัญมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก พึงพอใจและสำคัญเล็กน้อยหมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญเล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย

ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญปานกลางหมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง

ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

พึงพอใจมาก = 6 พึงพอใจปานกลาง = 5 พึงพอใจเล็กน้อย = 4 ไม่พึงพอใจเล็กน้อย = 3

ไม่พึงพอใจปานกลาง = 2 ไม่พึงพอใจมาก = 1

ตอนที่ 1 ท่านมีความพึงพอใจในเรื่องเหล่านี้เพียงใด

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					
	1	2	3	4	5	6
1.สุขภาพของท่าน						
2.การดูแลสุขภาพของท่าน						
3.....						
4.....						
27.ความสำเร็จในเป้าหมายชีวิต						
28.ความสุขในชีวิตของท่าน						
29. ภาพพจน์ของท่านที่ปรากฏต่อบุคคลอื่น						

ตอนที่ 2 ท่านให้ความสำคัญในเรื่องเหล่านี้เพียงใด

ข้อความ	ระดับการให้ความสำคัญ					
	1	2	3	4	5	6
1. สุขภาพของท่าน						
2. การดูแลสุขภาพของท่าน						
3.....						
4.....						
27. ความสำเร็จในเป้าหมายชีวิต						
28. ความสุขในชีวิตของท่าน						
29. ภาพพจน์ของท่านที่ปรากฏต่อบุคคลอื่น						

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง แบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้โดยวิธีสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกทั้งหมดรวม 20 ข้อให้ตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบเท่านั้นโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ	ความหมาย	ค่าคะแนน
มากที่สุด	ท่านปฏิบัติเรื่องเหล่านั้นในระดับมากที่สุด	5
มาก	ท่านปฏิบัติเรื่องเหล่านั้นอยู่ในระดับมาก	4
ปานกลาง	ท่านปฏิบัติเรื่องเหล่านั้นในระดับปานกลาง	3
น้อย	ท่านปฏิบัติเรื่องเหล่านั้นในระดับน้อย	2
น้อยที่สุด	ท่านปฏิบัติเรื่องเหล่านั้นในระดับน้อยที่สุด	1

โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใดโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้					
2.ท่านสามารถควบคุมอาการได้					
3.ท่านมีความหวังที่จะดูแลตนเองได้ดีขึ้น					
4.ท่านรู้วิธีสังเกตอาการเริ่มแรกของการกำเริบซ้ำของโรคจิต					
5.....					
6.....					
7.....					
8.....					
9.....					
.....					
18.....					
19.....					
20.ท่านหาโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนผู้ป่วยอื่นอยู่เสมอ					

แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้โดยสอบถามและสังเกตกลุ่มตัวอย่างร่วมด้วยประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกทั้งหมดรวม 10 ข้อให้ตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ	ความหมาย	ค่าคะแนน
มากที่สุด	ผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรมเหล่านั้นในระดับมากที่สุด	5
มาก	ผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรมเหล่านั้นในระดับมาก	4
ปานกลาง	ผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรมเหล่านั้นในระดับปานกลาง	3
น้อย	ผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรมเหล่านั้นในระดับน้อย	2
น้อยที่สุด	ผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรมเหล่านั้นในระดับน้อยที่สุด	1

โปรดพิจารณาในข้อความว่าตรงกับลักษณะของผู้ป่วยโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1.ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส					
2.ผู้ป่วยกล่าวทักทายผู้อื่นก่อน					
3.....					
4.....					
5.....					
6.....					
7.....					
8.ผู้ป่วยแสดงความสนใจ กระตือรือร้นเมื่อแนะนำให้รู้จักผู้ป่วยอื่น					
9.....					
10.....					

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (ตัวอย่าง)

ขั้นตอนที่ 1 “ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ ”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักซึ่งกันและกัน
2. เพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วย
3. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการร่วมกิจกรรม

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

- 1) การใช้ชีวิตในสังคมจำเป็นต้องมีการพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นในสังคมดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพในระยะเริ่มต้นเราต้องรู้จักการฝึกปฏิบัติในการกล่าวทักทาย สวัสดียกมือไหว้ ยิ้มให้ผู้อื่นรู้จักกล่าวคำขอบคุณและขอโทษเพื่อเป็นวิธีการสร้างมิตรภาพอย่างหนึ่ง
- 2) ในการจัดการกับความเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยเองในกระทำเพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีไม่เป็นภาระของผู้อื่นเพื่อลดการเจ็บป่วยซ้ำ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในกลุ่มได้โดยสังเกตจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
2. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงความสำคัญในการดูแลตนเองในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรม เรื่อง การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา / เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
<p>1. เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้วิธีสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม</p>	<p>-สร้างสัมพันธภาพโดยให้สมาชิกแนะนำตัวทำความรู้จักกันกล่าวถึงความเป็นมาของโครงการ</p> <p>-</p>	<p>1. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัว กล่าวทักทาย ให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัว</p> <p>2. ผู้นำกลุ่มกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของโครงการ ผลประโยชน์ที่สมาชิกได้รับ ระยะเวลาดำเนินการ กิจกรรมที่ต้องร่วมกันปฏิบัติ</p> <p>3. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดประเด็น “ สมาชิกทุกท่านรู้จักกันทุกท่านหรือไม่” “ เวลาเราอยากรู้จักคนอื่นเราทำอย่างไร”</p> <p>4. ให้สมาชิกกลุ่มปฏิบัติตามใบกิจกรรมโดยจับคู่ปฏิบัติครั้งละ 1 คู่ตามใบกิจกรรม</p> <p>5. ให้สมาชิกกลุ่มตามใบกิจกรรม</p>	<p>-ป้ายชื่อ</p> <p>-ใบงานที่ 1/1</p> <p>-ใบงานที่ 1/ 2</p>	<p>-สมาชิกบอกชื่อตนเอง แก่สมาชิกกลุ่มได้</p> <p>-สมาชิกบอกชื่อเพื่อนในกลุ่มได้อย่างน้อย 2 คน</p> <p>-สมาชิกได้พูดคุยและสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันภายในกลุ่มได้</p>



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างการคิดคะแนนแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างการคิดคะแนนแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

1.แปลงคะแนนในส่วนของคุณภาพชีวิตดังนี้

$$6 = 2.5 \quad 5 = 1.5 \quad 4 = 0.5 \quad 3 = -0.5 \quad 2 = -1.5 \quad 1 = -2.5$$

ส่วนคะแนนด้านความสำคัญมีค่าคะแนนคงเดิมคือ

$$6 = 6 \quad 5 = 5 \quad 4 = 4 \quad 3 = 3 \quad 2 = 2 \quad 1 = 1$$

2.การคิดคะแนนรายด้าน

2.1.ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 16, 17

$$= \{ [(i1 \times s1) + (i2 \times s2) + \dots + (i17 \times s17)] \div 10 \} + 15$$

2.2.ด้านเศรษฐกิจและสังคม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13,14, 19, 20, 21, 22,23, 24

$$= \{ [(i13 \times s1) + (i14 \times s14) + \dots + (i24 \times s24)] \div 8 \} + 15$$

2.3.ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 18, 25, 26, 27, 28, 29

$$= \{ [(i15 \times s15) + (i18 \times s18) + \dots + (i29 \times s29)] \div 7 \} + 15$$

2.4.ด้านครอบครัว จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 8, 9, 10, 11, 12

$$= \{ [(i8 \times s8) + (i9 \times s9) + \dots + (i12 \times s12)] \div 5 \} + 15$$

3.การคิดคะแนนโดยรวม

$$= \{ [(i1 \times s1) + (i2 \times s2) + \dots + (i29 \times s29)] \div 28 \} + 15$$

หมายเหตุในข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตข้อที่ 21และข้อ 22ผู้รับการสัมภาษณ์จะเลือกตอบเพียงข้อใดข้อหนึ่งเท่านั้นดังนั้นจึงเหลือเพียง 28 ข้อ

i = คะแนนด้านความสำคัญ

s = คะแนนด้านความพึงพอใจ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายสัมพันธ์ มณีรัตน์ เกิดเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ.2505 ที่อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์(ระดับต้น) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรีรัถัญญา เมื่อปีพ.ศ. 2526 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ เมื่อปี พ.ศ.2532 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเมื่อปี พ.ศ. 2545

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย